

И.И. БЕНЕДИКТОВ, С.А. ШАРДИН, Д.И. БЕНЕДИКТОВ.



Акушерская фармакотерапия



И. М. БЕНЕДИКТОВ, С. А. ШАРДИН,
Д. И. БЕНЕДИКТОВ

АКУШЕРСКАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

akusherstvo.ru



СВЕРДЛОВСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УРАЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
1988

Бенедиктов И. И., Шардин С. А., Бенедиктов Д. И.
Акушерская фармакотерапия. Свердловск: Изд-во
Урал. ун-та, 1988. 152 с.

В монографии изложены современные методы медикаментозного лечения наиболее распространенной патологии периода беременности, родов, пуэрперия и лактации. Способы лечения выбраны в соответствии с принципом минимального отрицательного воздействия на организм матери и плода. Большое внимание уделено вопросам профилактики акушерской патологии и применения целебных растений.

Адресована практическим врачам — акушерам-гинекологам, терапевтам, студентам медицинских вузов.

Рецензенты: зав. кафедрой внутренних болезней Пермского мединститута доктор медицинских наук, профессор А. В. ТУЕВ;
зав. кафедрой акушерства и гинекологии Челябинского пединститута доктор медицинских наук, профессор Б. И. МЕДВЕДЕВ;
зав. отделением гинекологии НИИ акушерства и гинекологии Минздрава Узбекской ССР доктор медицинских наук, профессор Г. Т. ИЩЕНКО.

ВВЕДЕНИЕ

С каждым годом растет количество новых лекарственных средств, применяемых в современной практической медицине. Многие из них обладают узконаправленным и сильным действием на отдельные органы и ткани и нередко оказывают побочное и аллергическое влияние на организм, так как не всегда достаточно полно, с учетом нежелательных ближайших и отдаленных последствий воздействия проверяются в клинике. Кроме того, широкая информация и рекомендации иногда делают их модными во врачебной практике, правда, на первых порах, затем наблюдается некоторый спад интереса к ним и даже забвение. Так повторяется десятилетиями. Это естественное устремление к новому, к сожалению, порождает и отрицательные явления, особенно в последние годы, например возникновение у пациентов лекарственной болезни, патологию терапии. Вот почему вопросы клинической фармакологии приобретают огромное практическое значение для врачевания, особенно когда лекарственные препараты применяются при беременности, в родах, после них и в период лактации. Несомненно, фармакотерапия в этот отрезок жизни женщины имеет свои специфические особенности.

Организм беременной женщины даже при физиологическом течении беременности находится в состоянии определенной функциональной напряженности. Реакция такого организма на лекарственную терапию может быть иногда неадекватной и даже парадоксальной. Кроме того, медикаментозное воздействие, направленное на ту или иную отдельную систему или орган, будет обязательно сказываться на половой системе, ее нейроэндокринной регуляции и особенно на матке как плодоместилище. Это может выражаться в изменении тонуса матки, характера маточно-плацентарного кровообращения, а значит, возникнет возможность прерывания беременности, ее перенашивания, нарушения сократительной функции матки и кровотечения в родах.

Особо важное значение имеет фармакотерапия для плода и новорожденного. Много делается сейчас для предупреждения развития перинатальной патологии как результата лекарственного воздействия. Однако ассортимент фармакологических средств, применяемых при беременности, растет, и, к сожалению,

не всегда учитываются их, если не тератогенное, то кумулятивные влияния на внутриутробный плод в разные периоды его развития, а в последующем и на новорожденного.

В последнее время все чаще и чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания, которые отягощают течение беременности, родов, послеродового и лактационного периодов. Сейчас почти каждая вторая беременная женщина имеет или имела то или иное заболевание. А любое экстрагенитальное заболевание усугубляется беременностью. Поэтому применение лекарственной терапии должно осуществляться с учетом особенностей течения заболевания, которое нередко сопровождается и развитием токсикоза, затрудняющим выбор лекарственных средств и путей их применения.

Своевременное выявление и адекватное лечение патологии, которая может осложнить течение беременности и родов или служить фоном для развития акушерских осложнений, является важным профилактическим мероприятием. Поэтому сегодня роль терапевтов и акушеров-гинекологов как врачей-интернистов, умело пользующихся фармакотерапией, особенно возрастает.

Ближайшая задача оздоровления больной женщины во время беременности— ослабить отрицательное влияние экстрагенитальной патологии на нее и на внутриутробный плод, который должен родиться полноценным. Отдаленная задача — не допустить ухудшения течения экстрагенитального заболевания под влиянием физиологической нагрузки на организм, связанной с беременностью, родами и лактацией.

При лечении экстрагенитальных заболеваний, особенно сочетанных с акушерской патологией, чрезвычайно важно учитывать состояние функционально напряженных систем и органов, возможную неадекватную реакцию на фармакотерапию и, что исключительно важно, опасность лекарственных средств для плода.

В монографии кратко освещается фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных веществ в организме беременной женщины, излагаются принципы фармакотерапии, дается классификация лекарственных средств, применяемых при беременности, подробно представлена лекарственная терапия во время беременности, в родах и в послеродовом и лактационном периодах, при осложненном течении их и сочетании с отдельными нозологическими формами экстрагенитальной патологии.

Рассмотрена терапия наиболее часто встречающихся в акушерской практике болезней органов кровообращения, желудочно-кишечного тракта, почек, эндокринной и легочной патологии

и некоторых форм анемии. Уделено внимание и фитотерапии, применение которой при беременности мы считаем вполне оправданным.

Основная цель книги — дать врачу акушеру-гинекологу и терапевту конкретные рекомендации по фармакотерапии некоторых основных осложнений и экстрагенитальных заболеваний во время беременности. При этом мы стремились указать пути преодоления наблюдающейся сейчас полипрагмазии, учитывать возможные отрицательные и побочные действия лекарств, особенно на плод, и предложить патогенетически обоснованные схемы и методы фармакотерапии. Использовали литературные данные и собственный опыт.

Книга предназначена врачам и субординаторам, акушерам-гинекологам и терапевтам, а также студентам, изучающим клиническую фармакологию.

Глава 1

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Особенности взаимодействия лекарственного вещества с системой мать—плацента—плод

Фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных веществ при беременности имеют свои характерные особенности. Вступая в контакт с рецепторами матери и вызывая у нее соответствующие фармакологические эффекты, препараты могут путем прямого или косвенного (изменяя маточно-плацентарный кровоток) воздействия обуславливать определенные, чаще негативные, реакции и со стороны плода. Таким образом, при назначении лекарственных веществ следует предусматривать их фармакологическое воздействие на три объекта — мать, плаценту и плод.

Биологический ответ беременной женщины на введение (пероральное, парентеральное) медицинских препаратов существенно отличается от такового у небеременных. По мнению Н. Л. Гармашевой и Н. Н. Константиновой (1978), разница обусловлена целым рядом причин. Прежде всего, у беременных на 2—4 литра увеличивается водный бассейн, в результате чего концентрация вводимого препарата, естественно, уменьшается. Во-вторых, материнская плацента в силу присущего ей более интенсивного, чем в других органах, кровотока способствует проникновению веществ к плоду. В-третьих, изменение гормонального гомеостаза, а также функциональная напряженность органов (прежде всего печени и почек) и систем существенно влияют на фармакокинетические процессы в организме беременной женщины и на длительность пребывания в ее крови химического агента в более или менее высокой концентрации.

Иными словами, физиологическая пертурбация материнского организма, обусловленная гестационным процессом, может оказывать разноплановое воздействие на метаболизм и элиминацию лекарственных веществ. Среди физиологических измене-

ний, замедляющих обмен и выведение фармакологических агентов во время беременности, А. П. Кирющенко (1978), изучавший ответные реакции фетоплацентарной системы на повреждающее воздействие многих вредных факторов, наибольшее значение придает перестройке гормонального статуса, связанной с интенсификацией продукции стероидов, и угнетению дезинтоксикационной функции печени и выделительной функции почек.

Как известно, обмен химических веществ, происходящий в паренхиме печени, осуществляется в основном с помощью реакций окисления, восстановления, гидролиза и конъюгации. Патологическое течение гестационного периода (ранний и поздний токсикоз, экстрагенитальные заболевания и т. д.) приводит к нарушению энзимных систем печени, уже испытывающих состояние функциональной напряженности. Это, в свою очередь, ухудшает процессы метаболизма химических соединений, попавших в организм матери, увеличивает их трансплацентарный переход и отрицательным образом влияет на эмбриогенез. В связи с осложненным развитием гестационного процесса ухудшается функциональное состояние почек (Шехтман, 1980).

Особо важное место в реализации многосторонних фармакологических эффектов принадлежит плаценте. По свидетельству большинства исследователей, занимающихся проблемой взаимодействия лекарственного вещества с системой мать — плацента — плод, подавляющее число фармакологических агентов проникает к внутриутробному плоду. Однако, имея ограниченную проницаемость, плацента способна защищать организм плода от патогенного влияния многих токсических продуктов, попавших в материнский организм.

Установлено, что трансплацентарный перенос большинства лекарственных препаратов осуществляется с помощью пассивного и активного транспорта, простой и облегченной диффузии, пиноцитоза и ультрафильтрации (Кирющенко, 1978). Некоторые вещества (с молекулярной массой менее 100) могут проходить через водные поры в плаценте, но при этом пропорциональность между дозой, принятой матерью, и дозой, полученной плодом, отсутствует (Холодов, Яковлев, 1985). Необходимо отметить, что плацентарный барьер регулирует переход веществ не только от матери к плоду, но и от плода к матери. Плацента, таким образом, осуществляет обмен между двумя самостоятельными организмами, и ее барьерная функция имеет значение как для развивающегося плода, так и для матери.

Существует мнение, что трансплацентарный переход от матери к плоду и обратно соединений, постоянно находящихся в

крови женщины (белки, жиры, углеводы, электролиты, витамины, гормоны и др.), регулируется достаточно точными механизмами, в то время как по отношению к различным химическим агентам, в том числе и лекарственным веществам, барьерная функция плаценты выражена значительно меньше (Кирющенко, 1978).

Плацентарная проходимость отнюдь не является величиной постоянной. Среди факторов, влияющих на скорость трансплацентарного перехода лекарственных веществ, существенное значение имеют связывание с белком, путь (способ) введения, растворимость в липидах. Считается, что интенсивность проникновения препарата через плаценту обычно пропорциональна количеству вещества, свободного от связи с белками сыворотки материнской крови. Поэтому угнетение процесса связывания лекарств в крови, обусловленное введением другого препарата или воздействием иных факторов, может повысить скорость и интенсивность преодоления плацентарного барьера лекарственным веществом.

Трансплацентарный переход лекарств осуществляется активнее в случае быстрого роста их содержания в плазме матери, что наблюдается, например, при внутривенном введении препарата. Немаловажную роль в процессе проникновения лекарств через плаценту играет их свойство растворяться в жирах. Известно, что хорошо растворимые в липидах препараты значительно легче, чем труднорастворимые, преодолевают плацентарный барьер. Облегченный переход через плаценту свойствен также недиссоциированным и непониженным веществам (Холодов, Яковлев, 1985). Важнейшее значение в момент действия лекарственного вещества имеет срок беременности: трансплацентарная проходимость неуклонно прогрессирует вплоть до 32—35-й недели (Кирющенко, 1978).

Необходимо указать на роль патогенных факторов, воздействующих на функциональное состояние плаценты, таких, как микробы, вирусы, алкоголь, курение, окись углерода, поздние токсемикозы, экстрагенитальная патология (болезни печени, почек, сердечно-сосудистой системы и др.), стрессовые ситуации, гормональные воздействия, фармакокинетические особенности лекарственных веществ и др.

Третьим объектом в цепи воздействия лекарственного вещества, по общему признанию являющимся наиболее важным, следует считать внутриутробный плод, поскольку его биологический ответ имеет существенные отличия от реакции матери и многие препараты обладают патогенным эффектом в отношении плода. Оценка прямого воздействия медикаментов на состояние

плода должна учитывать, во-первых, особенности их перехода от матери к плоду, во-вторых, иной фармакологический ответ плода и, в-третьих, условия элиминации из организма, отличающиеся от тех, какие имеют место у взрослых.

Лекарственные вещества, проникшие к плоду, распределяются в его теле, оболочках и околоплодной жидкости. Причем последняя может служить своеобразным депо лекарств. Печень плода хоть и считается наиболее активной участницей метаболизма чужеродных веществ, все же значительно отличается от печени взрослого несовершенством энзимных систем. Способность выведения лекарств и других веществ у плода также ограничена из-за функциональной незрелости почек и выделительной системы кишечника. В связи с этим в тканях плода могут накапливаться высокие концентрации введенных беременной женщине медикаментов, в то время как из материнского организма они уже удалены (Гармашева, Константинова, 1978).

Под влиянием некоторых фармакологических средств, вызывающих у матери в одних случаях спазм или чрезмерную дилатацию маточных сосудов, в других — артериальную гипотонию или гипертонию, может значительно меняться маточно-плацентарное кровообращение, что отрицательно сказывается на состоянии плода. Следует отметить также и возможность разнонаправленных фармакологических эффектов у матери и плода, возникающих при использовании одного и того же препарата. Так, по экспериментальным данным Н. Л. Гармашевой и Н. Н. Константиновой (1978), введение 0,5 мл аминазина вызывает у беременной самки тахикардию, а у ее плодов — брадикардию. Авторы объясняют такую реакцию плодов падением у самки артериального давления под влиянием аминазина.

Комплекс реакций эмбриона и плода человека на воздействие разнообразных вредоносных факторов внешней среды, по мнению А. П. Кирющенко (1978), в значительной степени определяется стадией внутриутробного развития в момент воздействия и в меньшей степени характером действующего фактора. Это в полной мере относится и к лекарственным препаратам.

Наиболее существенна опасность приема лекарств беременной женщиной в первые 12 недель беременности из-за возможности их тератогенного действия. В прегимплантационном периоде развития (первые 7 дней продвижения оплодотворенной яйцеклетки по половому каналу) зародыш менее чувствителен к воздействию лекарств, однако нельзя исключить возможность его повреждения и на этом этапе. Наиболее же часто нарушения эмбриогенеза происходит в критические периоды развития

зародыша. К ним относятся имплантация (7—14-й дни после зачатия), плацентация (21—42-й дни) и органогенез (с 5-й недели беременности). Однако не только в первый, но и во второй, а также в третий триместры беременности плод остается восприимчивым к повреждающим влияниям лекарств.

Классификация лекарств и основные принципы фармакотерапии беременных женщин

В литературе, посвященной «перинатальной фармакологии», до сих пор нет достаточно стройных и удобных классификаций лекарственных веществ, используемых в терапии при беременности. Создать такую классификацию лекарств, которая учитывала бы все эффекты, производимые ими в организме беременной женщины, чрезвычайно трудно. Причиной этого являются необычайное разнообразие, нередко разнонаправленный, а порой и непредсказуемый характер реакций со стороны всех основных компонентов такой сложнейшей биологической системы, как мать — плацента — плод. Нами была предпринята попытка (Бенедиктов И. И., Бенедиктов Д. И., Шардин С. А., 1981) сгруппировать медикаменты, которые наиболее часто и широко применяются для терапии беременных. В основу классификации положены результаты анализа литературных данных и клинических наблюдений воздействия более 250 известных лекарственных препаратов.

В зависимости от действия на маточно-плацентарный кровоток и сократительную активность матки выделены следующие группы препаратов.

1. Лекарственные вещества, изменяющие маточно-плацентарное кровообращение. Их можно разделить на две подгруппы: а) препараты, улучшающие маточно-плацентарное кровообращение посредством расширения кровеносного русла (сигетин, курантил, эуфиллин, дибазол, папаверин, гемитон, изобарин и др.); б) препараты, улучшающие перфузионное давление в сосудах матки и плаценты (кофеин, кордиамин, полиглюкин и др.).

2. Лекарственные вещества, влияющие на тономоторную функцию матки. К ним можно отнести токолитики, снижающие тонус матки (панангин, аспирин, метиндол, сульфат магния, алулент, ритодрин, партусистен, изоптин, туринал, прогестерон и др.), и токомиметики, стимулирующие тономоторную функцию матки (эрготамин, окситоцин, хлористый кальций, норадреналин, обзидан, аденозинтрифосфат натрия, производные дигиталиса и др.).

Анализ тератогенной активности медикаментов дал возможность распределить их по группам в зависимости от степени риска отрицательного влияния на плод.

1. Препараты с нулевой степенью риска, т. е. не обладающие в биотических, физиологических дозах отрицательным воздействием на плод. Сюда можно отнести водорастворимые витамины, микроэлементы, неядовитые и несильнодействующие, а также приготовленные из них лекарственные растения и препараты, не обладающие abortивными свойствами.

2. Лекарственные вещества с первой (умеренной) степенью риска, прием которых возможен по показаниям и в соответствующих дозировках только с 14—16-й недели беременности. Среди них антибиотики (пенициллин, эритромицин), салицилаты, сульфаниламиды непродолжительного действия, барбитураты, нитрофураны, препараты раувольфии и др.

3. Лекарственные вещества со второй (выраженной) степенью риска, прием которых нежелателен в течение всей беременности. В эту группу входят гормоны, антибиотики (тетрациклин, левомицетин, стрептомицин), сульфаниламиды продолжительного действия, жирорастворимые витамины и др.

4. Лекарственные препараты с третьей (максимальной) степенью риска, прием которых при беременности абсолютно противопоказан. К ним относятся талидомид, цигостатики, антикоагулянты непрямого действия, антагонисты фолиевой кислоты и др.

Опыт показывает, что подобное распределение лекарств с учетом особенностей их действия на систему мать — плацента — плод помогает врачу ориентироваться в более адекватном подборе препаратов, необходимых для терапии той или иной патологии у беременной женщины.

В табл. 1 приводятся данные о некоторых фармакологических препаратах, преимущественно отечественного производства, применение которых в определенные сроки беременности может отрицательно сказаться на состоянии внутриутробного плода и новорожденного.

Аналогичные таблицы можно найти и в зарубежной литературе (Клиническая фармакология при беременности, 1987).

В повседневной деятельности врача нередко возникает необходимость медикаментозной коррекции различных патологических процессов, осложняющих нормальное течение беременности, в таких ситуациях надо следовать девизу: «Прежде всего не вреди». В условиях наблюдаемого в последние годы фармакологического «взрыва» разработка принципов фармакотерапии беременного организма становится все более актуальной. Арсенал средств медикаментозного воздействия, лишенных отрица-

Характеристика влияния некоторых лекарственных средств на плод и новорожденного

Препарат	Опасные сроки беремен- ности, м-ц	Изменения у плода и новорожденного
1	2	3
Противомикробные и противопаразитарные препараты		
Пенициллин и его синтетические и полусинтетические аналоги	1—3	Ядерная желтуха
Эритромицин	1—3	Ядерная желтуха, жировая дистрофия печени
Олеандомицин	1—3	Угнетение роста эмбриона
Стрептомицин	1—5	Поражение VIII пары черепно-мозговых нервов вплоть до врожденной глухоты новорожденных
Левомецетин	1—10	Угнетение синтеза белка, агранулоцитоз, гипопластическая анемия, «серый синдром новорожденного» (синдром Грея)
Тетрациклин	1—10	Угнетение синтеза белка, замедление роста костей, гипоплазия и дискolorация зубов, жировая дистрофия печени и извитых канальцев почек
Невиграмон	1—4	Жировая дистрофия печени при длительном применении
Сульфаниламиды пролонгированного действия и бисептол	1—10	Гипербилирубинемия, ядерная желтуха, врожденный агранулоцитоз, билирубиновое пропитывание мозговой ткани, уродства нервной и сердечно-сосудистой систем, гемолиз
Фурадонин, фуразолидон	8—10	Ядерная желтуха
Акрихин, хлоридин, дигидрохлорид хинина, дегалил, хинин, трихопол	1—10	Аномалии развития центральной нервной системы (в том числе повреждение VIII пары черепно-мозговых нервов), спинабифидум, врожденный гидронефроз, атрезия почек
Экстракт мужского папоротника, цветки пижмы, хлорсил, тимол	1—10	Дегенеративные изменения печени и почек, лейкопения
Производные салициловой кислоты, пиразолона, анилина и индола		
Аспирин	1—10	Угнетение агрегатной функции тромбоцитов и уменьшение активности XII фактора (фактора Хагема-на), гемолитические реакции, неона-

1	2	3
Амидопирин, аналгин, бутадиион, фенацетин Метиндол	1—10	тальные кровотечения, врожденные аномалии сердца, гипотрофия и ги- бель плода Врожденный агранулоцитоз
	1—10	Угнетение костномозгового крове- творения, гемолитические реакции, гипотрофия плода

Гормоны и их аналоги

Кортикостероиды	1—10	Расщепление твердого неба, врож- денная катаракта, аномалии конеч- ностей и надпочечников
Кортизона ацетат, гид- рокортизон, преднизолон, дексаметазон	1—4	В больших дозах вызывают рас- щепление твердого неба, синдром Кушинга, недостаточность коры над- почечников, гипогликемию, умствен- ную отсталость, внутриутробную ги- бель плода
Метилтестостерон, тес- тостерона пропионат Фолликулин, снпэст- рол, бисекурин	1—4	Вирилизация плодов женского по- ла
	1—4	Псевдогермафродитизм у мальчи- ков, аномалии развития гипофиза, позвоночника, анального отверстия, сердца, трахеи, пищевода, почек, глаз
Диэтилстильбестрол	1—5	Аденоматоз влагалища, метапла- стические изменения — у девочек, кисты эпидимуса — у мальчиков

Анаболические препараты

Метандростенолон, ме- тиландростендиол, рета- болит	1—4	Вирилизация плодов женского по- ла
---	-----	---------------------------------------

Синтетические гипогликемические препараты

Адебит, букарбан, бу- тамид, хлорпропамид, хлорцикламид	1—10	Гипогликемия, молочный ацидоз, уродства
---	------	--

Антитиреоидные препараты

Метилурацил, мети- мазол, мерказолил, йод	1—10	Врожденный гипотиреоз, струма, агранулоцитоз, нарушения образова- ния миэлина и развития нейронов, гибель плода
--	------	--

1	2	3
Гистамин и противогистаминные препараты		
Гистамина гидрохлорид	4—10	Снижение доставки кислорода и питательных веществ плоду за счет вазоконстрикции сосудов плаценты
Димедрол, дипразин, диазолин, супрастин	1—4	Полидактилия, деформация стоп, гипоплазия легких, почек, мочевого пузыря, дефекты сердца, неопущение семенников

Снотворные, нейролептические и седативные препараты

Барбитал, фенобарбитал, хлоралгидрат, эуноктин	1—10	Неонатальные кровотечения, гипоплазия конечностей, ногтей, хидантоподобный синдром (V-образные брови, широко расставленные глаза, низко расположенные уши, куполообразное небо, редкие зубы), нарушения со стороны центральной нервной системы, дыхательная недостаточность
Аминазин, трифтазин	1—10	Фенотиазиновая ретинопатия, фокомелия, деформация верхних и нижних конечностей, гипербилирубинемия, судорожные движения, сердечная аритмия
Седуксен, элениум, мепротан	1—4	Пороки развития новорожденных, недоразвитие центральной нервной системы, желтуха, билирубиновое пропитывание мозговой ткани
Лития карбонат	1—4	Нарушения эмбриогенеза, синдром Эбштейна
Резерпин и его аналоги	8—10	У новорожденного вазомоторный ринит, нарушения дыхания, брадикардия, летаргия, гипотермия

Препараты группы опия

Морфина гидрохлорид, кодеин, опиопон	1—10	Абстинентный синдром новорожденного, уродства центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, паралич дыхательного центра
--------------------------------------	------	---

Препараты, возбуждающие центральную нервную систему

Кофеин	1—3	Желтуха, билирубиновое пропитывание мозговой ткани, тахикардия
--------	-----	--

1	2	3
Фенамин, центедрин, мелипрамин	1—3	Врожденные дефекты сердца, атрезия желчевыводящих протоков
Ганглиоблокирующие средства		
Пахикарпина гидрохлорид, пентамин, диколин, бензогексоний, гирроний	1—10	Парезы кишечника, брадикардия, атония мочевого пузыря
Спазмолитические препараты		
Диуретин, эуфиллин	1—3	Гипоспадия, брадикардия у плода
Мочегонные препараты		
Гипотиазид, фуросемид	6—10	Лейкопения, агранулоцитоз, нарушения электролитного баланса
Препараты, тормозящие свертывание крови		
Пелентап, дикумарин, синкумар, фенилин	1—10	Седловидная деформация носа, геморрагический синдром, внутриутробная гибель плода
Витамины и их аналоги		
Викасол	1—3	Ядерная желтуха, гемолиз
Кальциферол	1—3	Деформация костей конечностей, головы, шейного отдела позвоночника, отставание в росте эмбриона, угнетение коры надпочечников, гибель плода
Ретинол	1—3	Множественные уродства, особенно со стороны центральной нервной системы, глаз, неба, повреждения наружного и среднего уха, аномалия хрусталика
Токоферол	1—3	Врожденные аномалии развития
Химиотерапевтические препараты, применяемые для лечения злокачественных новообразований		
Алкоголирующие соединения: милеран, допан, милелосан, лейкеран, новэмбихин, хлорбутин	1—10	Микроцефалия, микроофтальмия, карликовость, расщепление твердого неба, врожденная катаракта, недоразвитие гонад
Антиметаболиты: метотрексат, меркаптопурин	1—10	Гибель плодного яйца, гидроцефалия, расщепление неба, дефекты органов зрения, недоразвитие гонад, подавление гемопоэтической функции костного мозга

1	2	3
Препараты, содержащие яды пчел и змей		
Ализартрон, вирапин, вираксин, виратокс	1—10	Гибель плода

тельного влияния на плод, практически не пополняется. А у имеющих у врачей медикаментов, не оказывающих фетотоксического действия, активность в отношении материнского организма, как правило, минимальная. Поэтому в случаях необходимости проведения медикаментозной терапии у беременных женщины мы руководствуемся следующими принципами:

- а) исключать из применяемых лекарственных средств препараты с абсолютным и относительным тератогенным действием;
- б) учитывать особенности фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных веществ в организмах матери и плода;
- в) предусматривать возможность влияния вводимого лекарства на маточно-плацентарное кровообращение;
- г) выбирать дозу и продолжительность применения лекарственного вещества в зависимости от срока беременности, чтобы не повредить плод и в то же время иметь лечебный эффект;
- д) избегать полипрагазии и помнить о возможности синергизма лекарств.

Практика показывает, что по мере накопления клинических и экспериментальных наблюдений увеличивается список веществ, обладающих тератогенным действием. Возможным выходом из создавшейся ситуации, кроме учета указанных принципов и особенностей фармакотерапии при беременности, может явиться широкое использование в акушерской практике фитотерапии. Гармоничные сочетания действующих компонентов растения, а также их биотические дозы позволяют избежать тех нежелательных последствий, которые свойственны химически чистым лекарственным веществам. Настои или отвары из лекарственных растений можно применять для лечения весьма продолжительное время (многие месяцы). Фитотерапия в акушерстве носит профилактический характер, так как лекарственные растения обладают широким спектром терапевтического воздействия. В них содержатся вещества, необходимые для растущего плода (например, витамины, микроэлементы), причем в нетоксичных количествах. Составляя из лекарственных растений те или иные варианты сборов, можно избирательно воздействовать на органы и системы беременной женщины, которые вследствие перенесенных ранее заболеваний не могут справиться с повышенной нагрузкой, предъявляемой беременностью (Бенедиктов Д. И., Бенедиктов И. И., 1978, 1982, 1985).

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Известно, что предупредить заболевание гораздо легче, чем лечить его. Особенно актуальна профилактика в период беременности, когда терапевтические приемы воздействия на организм женщины резко ограничиваются из-за возможности неблагоприятного влияния на плод и течение беременности. Предупреждение патологии беременности имеет двоякую цель. Во-первых, обеспечение физиологического течения беременности и родов укрепляет и оздоравливает организм женщины, способствует гармоничному его развитию и в значительной степени сохраняет ее здоровье на долгие годы. Тогда как осложненное течение беременности и родов, особенно поздними токсикозами, не проходит бесследно для здоровья женщины и в дальнейшем приводит к хронической патологии сосудистой системы (гипертоническая болезнь), почек (пиелонефрит и др.), печени (желчнокаменная болезнь), обмена веществ (ожирение), нарушению эндокринных функций (послеродовые нейроэндокринные синдромы). Во-вторых, нормальное течение беременности и родов является важнейшим условием здоровья и правильного развития плода, полного проявления его генетических свойств. В этих целях можно использовать методы превентивной перинатологии.

Под понятием «превентивная перинатология» подразумевается комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для процессов спермато- и овогенеза родителей, внутриутробного развития плода, родового акта и периода новорожденности. Нам кажется, что идеальной мерой явилось бы оздоровление женщины еще на этапе планирования будущей семьи и беременности. Такая подготовка будущей матери должна начинаться сразу после ее рождения. Не менее значимо и здоровье мужчины — будущего отца, полноценность спермы которого, несущей генетический материал, играет важнейшую роль в здоровье потомства.

Существует фактический материал, свидетельствующий об отрицательном влиянии экзогенных факторов (медикаменты,

промышленные яды и физические факторы, алкоголь, никотин) на сперматогенез и овогенез. В частности, цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид) приводят к снижению подвижности сперматозоидов, в результате чего у 20% беременных женщин возникают аномалии развития плода; ингибирующее влияние цитостатических средств распространяется и на овогенез. К одному из наиболее вредных факторов, действующих на плод, нужно отнести алкоголь. Из женщин детородного возраста алкоголизмом страдает до 2%. У матерей, принимавших даже умеренное количество алкоголя во время беременности, развиваются аномалии плода. Фетальный алкогольный синдром проявляется отставанием интеллектуального развития (44%), пренатальной гипоплазией (32%), пороками сердца (25%), аномалиями глаз (25%), суставов (25%). Кроме этого у новорожденного может развиться синдром «отмены». В целом риск рождения детей с алкогольным синдромом составляет 50—56% (Кирющенко, 1978). Алкогольные интоксикации у отца нарушают сперматогенез, вызывают олигоспермию и появление патологических форм сперматозоидов. Особенно опасно зачатие в состоянии алкогольного опьянения. Поэтому чрезвычайно важно избегать длительного и хронического воздействия алкогольных интоксикаций в период, предшествующий зачатию ребенка, и особенно накануне оплодотворения. При необходимости должно быть проведено рациональное лечение патологии развития гамет.

Биологическая система мать — плацента — плод едина, поэтому любые отклонения в экстрагенитальном статусе женщины неблагоприятно отражаются на состоянии плода. Следовательно, оздоровление женщины — будущей матери — явится залогом нормального внутриутробного развития ребенка. В определенные сроки беременности («опасные» периоды) отдельные функциональные системы матери испытывают повышенную нагрузку, что создает условия для клинических проявлений ранее существовавшей экстрагенитальной патологии (хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь, анемии, болезни почек и др.). Это, в свою очередь, может явиться толчком к развитию позднего токсикоза, в основе которого лежит недостаточная адаптация ряда функциональных систем к беременности. В настоящее время не оставляет сомнений тот факт, что экстрагенитальные заболевания и поздние токсикозы беременных, вызывая плацентарную недостаточность, являются наиболее частой причиной отставания плода в развитии. Поэтому лечебные и профилактические мероприятия, повышающие устойчивость организма к той функциональной нагрузке, которую он испытывает при беременности, явятся предупреждением не только патоло-

гического течения беременности, но и сопутствующих ему перинатальных заболеваемости и смертности.

С целью предупреждения «срывов» компенсаторных возможностей считаем необходимым женщинам, перенесшим в прошлом болезни сердца, сосудов, почек, желудочно-печеночно-кишечного комплекса, крови и других систем, назначение профилактических мероприятий. Эти профилактические меры, на наш взгляд, следует применять и женщинам, считающим себя практически здоровыми и имеющим благополучный анамнез, но у которых нагрузки, предъявляемые беременностью, могут дать осложнения. Мы полагаем, что современный напряженный образ жизни, избыточное питание в сочетании с гиподинамией, низкий коэффициент здоровья женщин диктуют необходимость стопроцентного охвата беременных, взятых под наблюдение врача, профилактическими мерами. Как и все рациональные средства профилактики, они сводятся к здоровому, естественно-образу труда и отдыха, личной гигиене, рациональному питанию, фитотерапии и в отдельных случаях к назначению витаминов и физиотерапевтических процедур. Все средства обязательно должны применяться комплексно. Ведущими компонентами следует считать фитотерапию и правильное питание.

Фитотерапия в акушерстве носит профилактический характер, так как лекарственные растения обладают широким спектром терапевтического воздействия. В них содержатся вещества, необходимые для растущего плода: витамины, микроэлементы, причем в нетоксических, оптимальных дозах. Составляя из лекарственных растений комбинации (сборы), можно избирательно воздействовать на те органы и системы беременной женщины, которые, вследствие перенесенных ранее заболеваний, могут не справиться с повышенной нагрузкой. Как известно, ряд осложнений беременности, главным образом образом токсикозы, весьма трудно поддаются лечению, поэтому предупредить их возникновение чрезвычайно важно. Кроме того, необходимо создать для внутриутробного плода оптимальные условия существования в той внешней среде, которой является материнский организм. Сборы из лекарственных растений, регулирующие и стимулирующие функциональную деятельность сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения, нервной системы, а также желез внутренней секреции, не только лечат скрытую патологию беременной женщины, но и делают ее более устойчивой к повышенной функциональной нагрузке, которую несет организм при беременности.

Фитотерапия при беременности и родах имеет свои особенности. Из растений, назначенных для лечения, по возможности

исключаются ядовитые и сильнодействующие. Не применяются при беременности растения, проявляющие abortивное действие. Общие дозировки приема уменьшены по сравнению с небеременным состоянием. Лечение лекарственными растениями следует начинать как можно раньше, учитывая длительность их действия и постепенное проявление терапевтического эффекта.

Мы считаем целесообразным познакомить читателя с основными способами приготовления лекарственных форм из растительного сырья. Наиболее простой формой являются порошки, но они применяются редко и главным образом наружно, для присыпки ран и язв (например, порошок из корневища аира). Спиртовые настойки и экстракты ограничены в применении у беременных, за исключением раннего послеродового периода (экстракт крапивы, настойка арники).

Самая доступная и действенная лекарственная форма — это водные настои или, реже, отвары (из плотных частей растения, таких, как корни, кора, а также листья). Соотношение размельченного высушенного растения и воды обычно 1:20 (5%). Наиболее удобной суточной дозой можно считать 20 г одного или смеси лекарственного сырья на 400 мл воды. Настой или отвар применяют обычно за день в три приема, очень теплым, почти горячим, за 20—30 мин до еды по 100 мл на один прием. Курс продолжается 25—35 дней. Перерыв в лечении составляет 10—15 дней.

Более трех курсов лечения одними растениями проводить не следует из-за снижения эффективности и возможности привыкания. В таких случаях используют другие растения аналогичного действия. По правилам фармакопейной вытяжки из сырья необходимо готовить на водяной бане (инфундикрах), но в домашних условиях это весьма затруднительно. Так как объемными мерками (чайные, десертные, столовые ложки) пользоваться значительно удобнее, чем взвешиванием, дозы сырья мы даем в объемных величинах. Отмеренное сырье заливают крутым кипятком в эмалированной посуде, хорошо размешивают и, плотно закрыв крышкой, а затем завернув в толстую ткань (полотенце), настаивают 30 мин, после чего процеживают. Если необходимо приготовить отвар, то сырье кипятят 5—7 мин в закрытом сосуде. Можно готовить настои, используя термос. Хранят при комнатной температуре не более суток. Лучше, однако, особенно летом, держать настои в холодильнике, но не более двух суток (Соколов, Замотаев, 1984; Бенедиктов Д. И., Бенедиктов И. И., 1985; Михайленко, Радзинский, Захаров, 1984).

В целях профилактики токсикозов в беременности мы рекомендуем всем практически здоровым женщинам принимать настой из нескольких лекарственных растений, улучшающих функцию пищеварения, мочевыделительной системы, нормализующих обмен веществ, седативных и тонизирующих работу сердца. Профилактический настой готовится следующим образом.

Рецепт. Шиповник (плоды растолченные) — 1 ст. л.; пустырник (трава) — 1 ст. л.; боярышник (плоды) — 1 ч. л.; аир (корневище) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ст. л.; зверобой (трава) — 2 ч. л. Смесь залить 400 мл кипятка, настоять 30 мин, процедить. Пить по 100 мл три раза в день горячим за 20—30 мин до еды, курсами по 35 дней с 10-дневными перерывами, начиная с ранних сроков беременности.

Входящие в этот сбор растительные компоненты обладают многосторонним воздействием на организм. Перечислим их лечебные свойства.

Плоды шиповника включены в профилактический сбор как комплекс необходимых во время беременности витаминов. Шиповник содержит витамины С, Р, В₂, К₂, Е, каротин, наряду с микроэлементами — калием, магнием, фосфором. Организм беременной и растущего плода нуждается в ряде витаминов, особенно С. Настой из шиповника не дает тех побочных токсических действий, которые бывают при назначении чистой аскорбиновой кислоты. Присутствие других витаминов, особенно витамина Р, усиливает физиологическое действие витамина С и расширяет спектр терапевтического эффекта. Кроме того, шиповник содержит витамин Е, имеющий важное значение для нормального течения беременности. Препараты шиповника обладают желчегонным, антиатерогенным, противовоспалительным и легким мочегонным действиями. Поэтому плоды шиповника как естественный природный комплекс витаминов в биотических дозах целесообразно включать в профилактические и лечебные лекарственные сборы.

Следующим компонентом профилактического сбора является трава пустырника, обладающего седативными свойствами, по силе превосходящими валериану, понижающего повышенное артериальное давление, замедляющего темп сердечных сокращений. Потенцирует действие пустырника и следующий компонент сбора — плоды боярышника — кардиотоническое, регулирующее кровообращение, седативное, антиаритмическое и антиатерогенное лекарственное средство.

Корневище айра содержит алкалоид, горький гликозид, эфирное масло, дубильные вещества, витамин С. Аир активизиру-

ет функцию пищеварительного аппарата, усиливая секрецию желудочного сока, соляной кислоты, желчи, повышая тонус желчного пузыря. Кроме того, обладает спазмолитическим и седативным эффектами, противовоспалительными, диуретическими и антисептическими свойствами. Последнее из них обусловлено фитонцидами, поэтому во время эпидемий гриппа беременные женщины могут с профилактической целью жевать измельченное корневище айра.

Трава хвоща полевого обладает выраженным диуретическим действием, не вызывающим побочных явлений и нетоксичным. Противопоказанием для ее применения считается острый нефрит. Помимо способности усиливать мочеотделение, хвощ обладает кровоостанавливающими и противовоспалительными свойствами. По наблюдениям некоторых исследователей, хвощ благотворно влияет на обмен веществ, «удаляя из организма вредный балласт» (Носаль М. А., Носаль И. М., 1959). Поскольку организм беременных предрасположен к задержке жидкости в тканях, и в силу этого метаболизм приобретает выраженные изменения, то назначение препаратов хвоща при беременности, особенно во второй половине ее, можно считать целесообразным.

Важным компонентом лекарственного сбора является трава зверобоя, который обладает сложным составом действующих веществ, что и обуславливает разнообразное его применение, особенно в народной медицине. Растение содержит дубильные вещества, эфирное масло, смолы, сапонины, флавиновые соединения, красящие вещества, витамин С, каротин. Зверобой возбуждает аппетит, улучшает функцию печени, желудка и кишечника, повышает отделение мочи, тонизирует функцию сердца, успокаивает центральную нервную систему, обладает вяжущим, противовоспалительным, антисептическим действием, стимулирует регенерацию тканей.

Через три курса необходимо заменить некоторые компоненты этого сбора во избежание привыкания. Возможен такой вариант:

Рецепт. Витаминный чай (№ 1, 2, 3, имеются в аптеках) — 1 ст. л.; валериана (корень измельченный) — 1 ч. л.; боярышник (плоды) — 1 ч. л.; тысячелистник (трава) — 2 ч. л.; береза (почки) — 2 ч. л.; зверобой (трава) — 2 ч. л. Смесь залить 400 мл кипятка, настоять 30 мин, процедить. Пить по 100 мл три раза в день горячим за 20—30 мин до еды курсами по 35 дней с 10-дневными перерывами.

Если на учет встает беременная, потенциальная на ч е в ы ш а ш и в а н и е или перенашивание, особенно с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши или преждевре-

менные роды в прошлых беременностях), то в целях профилактики ей необходимо принимать следующий настой.

Рецепт. Шиповник (плоды) или смородина (плоды) пополам с рябиной — 2 ст. л.; пустырник (трава) — 1 ст. л.; валериана (корень) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ст. л.; девясил (корень измельченный) — 2 ч. л.; тысячелистник (трава) — 2 ч. л. Смесь залить 500 мл кипятка, настоять 30 мин, процедить. Принимать по 100 мл три раза в день горячим за 20—30 мин до еды курсами по 35 дней с 10-дневными перерывами.

Для профилактики невынашивания рекомендуется принимать аевит в капсулах (по 1 капсуле три раза в день по три недели с месячным перерывом), аскорбиновую кислоту, особенно в зимне-весенний период (по 100 мг в день три недели). Прием витаминов сочетается с фитопрепаратами, особенно в дни предполагаемых менструаций (скрытого цикла). Важно в течение всего периода беременности воздерживаться от половой жизни. Из немедикаментозных методов лечебного воздействия эффективна центральная электроанальгезия, позволяющая снять эмоциональное возбуждение, создать оптимальные условия для течения подкорковых процессов и вегетативной регуляции. Желательно проводить три курса электроанальгезии в сроки 8—12, 28—32 и 37—39 недель. Используют аппарат ЛЭНАР. Параметры: частота 400—600 Гц, длительность импульса 0,2—0,3 мс, скважность переменная, сила тока в цепи в пределах 0,8—1 мА. Длительность сеанса 60—90 мин, ежедневно или через день, 10—12 сеансов на один курс. Сразу после сеанса проводят психотерапию, используя повышенную внушаемость женщины в этот период.

В системе антенатальной профилактики велика роль общего состояния здоровья беременной женщины. Поэтому важными компонентами профилактического комплекса являются личная гигиена, физкультура и рациональное питание беременных.

Огромное значение для нормального течения беременности имеет питание (Бурмейстерс, 1967; Пап и др., 1972). От него зависят все жизненные процессы, протекающие в организмах матери и плода, который в ранней стадии развития (до 11—12-й недели беременности) особенно чувствителен к любому неблагоприятному влиянию.

В этот период неполноценное питание, особенно дефицит белков, витаминов и микроэлементов, может обуславливать появление у ребенка различных врожденных дефектов, уродств (Гармашева, Константинова, 1978).

Нарушения в питании женщины во второй половине беременности уже не могут стать причиной появления аномалий

развития у плода, однако они вызывают осложнения в нормальном течении беременности, под влиянием которых ребенок может стать болезненным. Даже самые небольшие и кратковременные отклонения в питании оказывают влияние на плод.

При рациональном питании вес рождающихся детей колеблется в пределах 3000—3400 г. При нормальном весе ребенка уменьшается родовой травматизм матерей и детей, снижается процент послеродовых заболеваний, вызванных родовой травмой. Дети с таким весом развиваются гораздо лучше, чем крупновесные: они лучше сосут, более активны, что предохраняет от послеродовых маститов. Кроме того, рациональное питание беременных женщин с экстрагенитальной патологией намного улучшает результаты медикаментозной терапии. Исходы беременностей более благополучны.

В первой половине гестационного периода необходимо четырехразовое питание. Первый завтрак должен содержать около 30% суточного рациона, второй завтрак — 20%, обед — 40%, а остальные 10% приходятся на ужин. Основной рацион женщины среднего роста (155—165 см) и веса (55—65 кг) включает 2400—2600 ккал и состоит из 110 г белка, 75 г жира и 300—350 г углеводов.

Беременной женщине не требуется специальной диеты. Питанию должно быть полноценным, разнообразным, с обильным содержанием витаминов и микроэлементов. Следует употреблять богатые белками продукты — творог, молоко, сыр, нежирное мясо, нежирную рыбу, яйца (не более одного в день), а также крупнозернистые крупы — гречку, овсяные хлопья, хлеб из муки грубого помола или ржаной, растительные масла, как можно больше овощей, фруктов, ягод, а также хлебные дрожжи и печень — источники витаминов группы В. Ежедневная потребность в воде составляет около двух литров. Значительная часть этой жидкости содержится в пищевых продуктах, поэтому при разнообразном питании на долю воды приходится не более 1,2 литра, включая соки, компоты, чай. Количество жира и углеводов в рационе беременной не должно превышать рекомендуемых норм. Начиная с ранних сроков беременности особое внимание следует обратить на достаточное поступление в организм беременной белка.

После 21 недели беременности переходят на пяти-, шестиразовое питание. При этом пища в дневное время (завтраки, обед, полдники) должна содержать большую часть суточного рациона. Ужины, как и в первой половине беременности, не превышает 10% рациона. Суточный калораж для женщин среднего роста и веса в этот период составляет 2800—3000 ккал: белка — 120 г,

жира — 84,5 г и углеводов — 350 г. Беременным необходимо строго следить за прибавкой веса, которая не должна превышать 8—10 кг за всю беременность.

Во второй половине гестационного периода плод быстро растет, увеличивается мускулатура матки, развиваются молочные железы. Для всех этих процессов требуются белковые вещества. Недостающие организму беременной женщины белки и калории можно обеспечить включением в питание большего количества молока, молочнокислых продуктов (до 800—1000 мл в день) и творога (до 150 г в день).

Во время беременности, особенно во второй ее половине, из расстройств пищеварения первое место занимает гипотония толстого кишечника. При длительно и упорно текущих запорах может развиваться токсический гепатит со значительным увеличением размеров печени, что способствует возникновению позднего токсикоза с последующей антенатальной гибелью плода. Кроме этого, как известно, после пятого месяца беременности наиболее часто имеет место анемия беременных, ведущая к гипотрофии плода.

Поэтому в питании беременной женщины необходимо увеличить количество продуктов, активизирующих кишечную моторику и содержащих необходимые витамины, микроэлементы и минеральные соли. Наиболее полезной в этом отношении является пища, богатая растительными волокнами (грубой клетчаткой), которая способствует увеличению объема каловых масс, растяжению кишечной стенки, раздражению слизистой оболочки кишечника. Сюда относятся ржаной хлеб, пшеничный, богатый отрубями, фрукты, особенно их кожица, овощи с твердой клетчаткой (свекла, огурцы, капуста), а также гречневая крупа. Овощи (салаты, винегреты, свежие огурцы, кабачки, баклажаны, морковь), свежие фрукты, особенно кислые яблоки, сливы, абрикосы, должны быть постоянными ингредиентами пищевого рациона. Необходимо также включать продукты, содержащие органические кислоты, раздражающие слизистую оболочку кишечника (чернослив, мед), а также молочнокислые продукты (свежий кефир, ацидофилин, ряженка, айран, варенец, кумыс). Мясо следует употреблять в ограниченном количестве, лучше всего телятину, а в качестве гарнира — овощи и зелень. Однако следует обязательно учитывать переносимость этих продуктов беременной женщиной, так как обильное употребление грубой растительной клетчатки может способствовать усилению образования газов, которые растягивают и раздражают кишечные петли, вызывают схваткообразные боли (газовые колики), дискинезию кишечника. В утренние часы натощак це-

лесообразно выпить стакан холодной воды, молока или съесть тарелку холодного супа, например свекольника. Перед сном рекомендуется размоченный чернослив, пюре из вареной свеклы, стакан свежего кефира или простокваши.

В рацион беременной женщины нельзя включать продукты, богатые экстрактивными веществами: все копченые мясные и рыбные изделия, мясные и рыбные консервы, пикантные соусы, колбасы, мясной и рыбный бульон, соус из этих бульонов и жареное мясо. Они оказывают неблагоприятное влияние на деятельность печени и почек, испытывающих у беременной женщины значительную функциональную напряженность, и могут привести к развитию нефропатии.

Это не значит, что в последние месяцы беременности женщине следует полностью отказаться от мяса. Питание должно быть разнообразным и в период беременности, нежирные мясо или рыбу надо употреблять в вареном виде не более одного раза в день через день. В остальные дни рекомендуется творог и другие молочные продукты. В последние недели беременности в питании следует уменьшить количество соли, чтобы избежать накопления излишней воды в тканях.

В течение всей беременности надо обязательно пить молоко. Молоко содержит наибольшее количество легкоусвояемого кальция. Есть в нем и фосфор, причем в оптимальных соотношениях с кальцием. Эти элементы крайне необходимы плоду для формирования костного скелета и нервной ткани. Минимальная суточная доза молока 0,5 литра. Его надо принимать медленно маленькими порциями, долго удерживать во рту и смешивать со слюной.

Очень желательно беременным ежедневно употреблять пчелиный мед (при отсутствии к нему идиосинкразии). Мед содержит множество микроэлементов, ферментов, а также легкоусвояемые углеводы: фруктозу и глюкозу. Суточная доза меда 4—6 чайных ложек. Он очень благоприятствует оптимальному развитию плода. Кроме пчелиного меда из лекарственных пищевых продуктов можно рекомендовать прием яблочного уксуса, имеющегося в продаже. Наряду с витаминами он содержит ряд микроэлементов, особенно калий. В сочетании с медом он используется при некоторых болезненных состояниях (ожирении, кожных заболеваниях), а также назначается с профилактической целью, так как способствует нормальному внутриутробному развитию плода. Доза яблочного уксуса 1—2 чайные ложки, разведенные в стакане воды, два—три раза в день.

Заканчивая разбор вопросов, касающихся питания беременной, мы считаем важным напомнить правило первого этапа пи-

щеварения, а именно ротового пищеварения. Если последующие этапы пищеварительного процесса (желудочное и кишечное) выполняются автоматически и не подвластны нашей воле, то ротовое пищеварение является процессом, зависящим от нас. Однако правило хорошо пережевывать пищу ввиду своей простоты кажется нам банальным и не заслуживающим внимания, часто забывается. Надо помнить, что хорошо пережеванная и смешанная со слюной пища уже наполовину переварена, крахмал и декстрины почти расщеплены пталином (амилазой), содержащимся в слюне и активным в щелочных растворах. Причем пталин продолжает действовать на углеводы и в желудке в течение некоторого срока. Хорошо размельченная во рту пища значительно легче подвергается воздействию желудочных и кишечных пищеварительных соков и лучше вследствие этого переваривается и всасывается в кровь. Непрожеванные куски подвергаются брожению в желудке и гниению в кишечнике, отравляя организм. Бактерицидное действие желудочного сока на плохо прожеванный пищевой комок менее эффективно; кроме того, если пища долго пережевывается, она попадает в желудок не слишком холодной или горячей, а с идеальной температурой. Наконец, кто ест быстро, тот ест слишком много, так как в силу инертности пищевого центра чувство насыщения запаздывает. При медленном и тщательном жевании съедается меньше пищи до того, как ощутится сытость. Даже жидкую пищу, особенно молоко, лучше проглатывать медленно, подержав во рту и смешав со слюной.

Таким образом, питание беременной женщины должно отвечать нескольким требованиям — являться неизбыточным по количеству, умеренным; быть разнообразным и включать необходимые ингредиенты (овощи, фрукты, молоко, мед); благоприятные результаты питания не замедлят сказаться, если будет добросовестно выполнен процесс ротового пищеварения. Правильное питание имеет огромное профилактическое значение в предупреждении патологии беременной и плода.

В комплексе общеоздоровительных мероприятий во время беременности считается показанным обтирание прохладной водой до пояса или душ, отдых после рабочего дня. Сон должен быть 8—9 часов. Необходимы длительные прогулки. Кутаться не стоит; предпочтительна одежда легкая, свободная; обувь на низком каблуке. Можно выполнять обычную работу. Если она связана с поднятием тяжести, воздействием вибрации или вредных веществ, а также с ночными сменами, женщина получает в консультации справку об устройстве на более легкий труд и предъявляет ее по месту работы.

Необходимо соблюдение правил личной гигиены. Во-первых, частая смена белья. Во-вторых, желателен пошив нижнего белья из хлопчатобумажной и льняной тканей. В-третьих, при стирке белья надо отказаться от стиральных порошков, предпочитая им хозяйственное мыло.

Говоря о чистоте наружных половых органов, врачу следует напомнить беременным, как правильно подмываться: теплой водой с мылом в направлении спереди назад, т. е. от лобка к заднему проходу, поливая воду из кувшина или душа. Особого ухода требуют молочные железы: утром и вечером их необходимо обмывать теплой водой с мылом, вытирая чистым, непременно жестким полотенцем. Плоские или втянутые соски за один-два месяца до родов подготавливают специальными упражнениями: по 3—5 мин массируют круговыми движениями, а потом захватывают у основания и осторожно вытягивают.

Интимная жизнь с мужем в первые месяцы должна быть ограничена, а в последние два месяца до родов — прекращена.

Со второй половины беременности обязательно ношение бандажа, так как он предупреждает чрезмерное растягивание брюшной стенки и способствует правильному положению плода.

И еще одно гигиеническое правило для будущей матери — визит к зубному врачу. Зубы часто портятся от недостатка кальция, а гнездящиеся в них микробы могут вызвать заболевание как в гестационном, так и в пuerперальном периодах.

Лечебная физкультура в акушерской практике применяется как общеукрепляющее профилактическое средство во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. С учетом противопоказаний (предлежание детского места, многоводие, выраженные токсикозы беременности, привычные выкидыши, острые лихорадочные состояния и др.) к занятиям гимнастикой, проводимой врачом ЛФК, беременные женщины привлекаются с первых дней посещения ими консультации и до момента родов. Что дает гимнастика?

Общезвестно тонизирующее и укрепляющее влияние физических упражнений на сердечно-сосудистую систему. С ее деятельностью сопряжена и система органов дыхания, которая претерпевает изменения во время беременности. Тренировкой диафрагмального и грудного дыхания у беременных можно добиться увеличения легочной вентиляции, снижения гипоксии и усиления окислительных процессов, что положительно сказывается на их общем состоянии. В результате занятий дыхательными упражнениями женщина приобретает навыки управления дыханием. Это обстоятельство играет существенную роль в профилактике внутриутробной асфиксии плода во время родов. Диаф-

рагмальное дыхание, усиливая венозный кровоток в сосудах брюшной полости, способствует устранению застойных явлений в органах брюшной полости и таза и обеспечивает благоприятные условия для работы сердца.

При помощи физических упражнений укрепляются мышцы брюшного пресса и тазового дна. Укрепление мышц брюшного пресса и умение расслаблять мышцы живота позволят эффективно использовать силу их сокращения в период изгнания плода, будут противодействовать значительному растягиванию брюшной стенки плодом и в известной степени явятся профилактикой опущения внутренних органов брюшной полости после родов. Большое значение имеет подготовка тазового дна к родовой деятельности. Тренировка мышц промежности послужит профилактикой ее разрывов, опущения тазового дна в послеродовом периоде и осложнений, обусловленных слабостью тазовой диафрагмы (опущение влагалища, функциональное недержание мочи).

Систематические занятия гимнастикой повышают диурез, ликвидируют запоры, препятствуют развитию плоскостопия у беременных женщин.

Осуществление комплекса рассмотренных лечебно-профилактических мероприятий, несомненно, самым положительным образом скажется на состоянии матери, течении беременности, развитии внутриутробного плода и его постнатальном периоде. Это позволит избежать поступления в организм здоровых матерей каких-либо фармакологических агентов, патогенно влияющих на плод, а у соматически ослабленных беременных женщин — свести до разумного минимума медикаментозное воздействие и уменьшить объем вводимых лекарственных препаратов. Именно в этом и видится основной смысл превентивной перинатологии.

Глава 3

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Наибольшее значение приобретает фармакотерапия при патологической беременности. Мы коснемся только тех наиболее часто встречающихся болезненных отклонений в здоровье женщины, которые непосредственно вызваны и тесно связаны с беременностью. На первом месте по частоте и практической значимости в этой группе заболеваний стоят токсикозы беременных. До настоящего времени еще нет единой, четкой и всеобъемлющей концепции, объясняющей этиопатогенез токсикозов. Мы, исходя из положений о клиническом значении регулирующих систем (Бенедиктов И. И., 1976), придерживаемся следующей точки зрения на эту проблему.

В период беременности сосуществуют два наполовину чужеродных организма с многочисленными изменяющимися регулирующими системами. Этим обусловлено бесконечно большое число сочетаний конкретных у каждой беременной причин начала токсикоза. Принципиально может быть три их варианта: несовершенные иммунологические взаимоотношения между плодом и матерью; декомпенсированная (или субкомпенсированная) одна из регулирующих систем матери или плода; оба фактора в разной степени имеют место.

Пусковым моментом в развитии токсикоза являются физиологические, иммунологические взаимоотношения между матерью и плодом, которые, как мы уже сказали, могут быть нормальными или ненормальными, происходить на фоне разной степени недостаточности одной или нескольких регулирующих систем матери и плода. С развитием техники исследований конкретные механизмы и звенья этой общей концепции возникновения токсикозов будут уточняться. Большая часть фактического материала уже сейчас может занять свое определенное место в общей схеме развития токсикозов (Бенедиктов, Пировский, 1978).

Традиционно токсикозы беременных подразделяются на ранние (в I половине беременности) и поздние (со II половины бе-

ременности). Для ранних токсикозов характерны расстройства пищеварительной системы, для поздних — почечные и сосудистые нарушения.

Терапия ранних токсикозов

Среди ранних токсикозов весьма редко встречаются такие клинические формы, как дерматозы, тетания, желтуха, хорей, остеомаляция, острая желтая атрофия печени по классификации С. М. Беккера (1975). Однако правильнее не считать некоторые из этих нарушений токсикозом. Например, хорей беременных вызвана обострением под влиянием беременности имеющегося ранее у женщины ревматического процесса, желтуха — это проявление, как правило, интеркуррентного инфекционного заболевания, возникшего во время беременности или перенесенного женщиной до беременности, например, болезни Боткина. Различаются I, II и III степени тяжести заболевания и особо тяжелое течение — при чрезмерной рвоте. По различным данным, рвота возникает у 50—90% беременных, неукротимая рвота — у 0,1—1,8%. Начало заболевания относится к 15—39 дню беременности.

Рвота беременных — процесс, в динамике которого возможны изменения как в сторону ухудшения состояния, так и в сторону улучшения. Чем раньше она начинается, тем тяжелее протекает заболевание. Во время рвоты у беременных страдает нервная система, имеют место сдвиги в углеводном, белковом и основном обменах, содержании витаминов, выявляются нарушения кислотно-щелочного состояния. Основным принципом лечения токсикозов любой формы является создание лечебно-охранительного режима для беременной женщины в больнице.

А. П. Николаев (1972) называет следующие элементы этого режима: 1) обеспечение тишины; 2) рациональный распорядок дня; 3) борьба с болью любого происхождения; 4) лечебное питание; 5) достаточный ночной и дополнительный дневной сон; 6) психопрофилактическое, психотерапевтическое воздействие; 7) высокая культура и дисциплина персонала; 8) общая атмосфера заботы, сердечности и вселение уверенности в успех лечения.

В работе М. В. Цирюльниковой (1973) приведен список основных групп 36 препаратов, применяемых в лечении раннего токсикоза: седативные и нейролептические, снотворные средства, стимулирующие центральную нервную систему, салицилаты, гормональные, антигистаминные, холинолитики, опиаты. Все они могут обладать тератогенным действием на плод (в списке

есть и бромистый натрий, кофеин, аминазин и др.). По литературным данным, у беременных с ранним токсикозом, леченных медикаментозными препаратами, частота уродства плода наблюдается гораздо чаще, чем у нелеченых. М. А. Петров-Маслаков (1971) писал: «В качестве практического вывода в настоящее время считаем целесообразным признать, что назначенные беременным женщинам лекарственных средств, особенно при начальных сроках беременности, должно быть сведено до минимума, а прием препаратов, действие которых оказывает вредное влияние на плод, должен быть категорически осужден». Наиболее перспективным и безопасным лечением ранних токсикозов следует считать психотерапию, гипноз, электроанальгезию, акупунктуру.

Наибольшие трудности представляет лечение неукротимой рвоты. Прерывание беременности, как крайняя мера лечения раннего токсикоза, должно применяться лишь по жизненным показаниям. После прерывания беременности токсикоз при последующих беременностях возобновляется всегда и протекает еще тяжелее.

При лечении рвоты беременных в соответствии с принципом максимальной безопасности плода мы должны значительно сократить перечень используемых в практике медикаментов, оставив только безусловно безвредные препараты и расширив комплексность лечения за счет методов немедикаментозного воздействия. Наиболее эффективные противорвотные средства относятся к группе нейролептиков и весьма широко применяются в клинической практике. Среди них особенно популярны производные фенотиазина (аминазин, пропазин, этаперазин). Однако проведенные на большом количественном материале исследования выявили, что частота пороков у детей, родившихся от женщин, принимавших в I триместре производные фенотиазина, значительно выше, чем в контрольной группе. Также нежелательно применение во время беременности производного бутирофенона—галоперидола, так как имеются сообщения о рождении детей с пороками конечностей, матери которых принимали препарат в ранние сроки беременности.

Из нейролептиков в случаях тяжелой и особенно неукротимой рвоты показано применение небольших доз дроперидола. В клинических дозировках препарат не оказывает депрессивного влияния на функцию дыхания, не обладает эмбриотоксическим и тератогенным свойствами. Дроперидол вводится внутримышечно по 1 мл 0,25% раствора от одного до трех раз в день в течение 5—7 дней. Количество суточного введения будет зависеть от степени тяжести токсикоза.

Назначение препаратов антигистаминного действия (димед-рол, пипольфен, супрастин), весьма широко рекомендуемых в ранних сроках беременности, требует осторожности.

Широкое применение находит церукал, используемый как внутрь по 10—20 мг в таблетках четыре раза в день, так и парентерально (внутримышечно, внутривенно) по 2—6 мл в сутки (Мартышин, Архангельский, 1981).

В комплекс терапии ранних токсикозов необходимо включать витамины. Среди них наибольшее значение имеют пиридоксин (B_6) и аскорбиновая кислота. Витамин B_6 необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы и для метаболизма жиров и основных аминокислот. По данным различных исследователей, пиридоксин — одно из наиболее эффективных средств, безопасное для плода. Витамин B_6 назначается по 1—2 мл 5% раствора внутримышечно в течение 7 дней. В тяжелых случаях он вводится внутривенно капельно в количестве 2 мл 5% раствора (0,1 г). Введением больших количеств витамина С можно благоприятно повлиять на рвоту беременных. Эффективно одновременное внутривенное (до 0,3 г) и внутримышечное (до 0,1—0,2 г) введение аскорбиновой кислоты.

Весьма распространено использование препарата спленина, относящегося к органопрепаратам. Спленин нормализует расстройства азотистого, белкового и минерального обменов, усиливает обезвреживающую функцию печени. При легких и средних степенях токсикоза его вводят по 2 мл внутримышечно в течение 10 дней. При тяжелых токсикозах — по 2 мл два раза в день в течение 14 дней.

При частой и особенно неукротимой рвоте приходится прибегать к внутривенным вливаниям 5 или 10% растворов глюкозы, хлористого натрия, чтобы возместить потерю жидкости и минеральных солей. Кроме глюкозы и поваренной соли вводят растворы Рингера, Дарроу. С целью дезинтоксикации используется гемодез, рекомендуется ежедневное вливание 400 мл полиглюкина.

Большое значение имеет рациональное питание. Пищу необходимо принимать лежа, малыми порциями, жидкую или полужидкую, не горячую, каждые 2,5 ч. Применение питательных клизм неэффективно, так как в нижних отделах толстого кишечника нет пищеварительных ферментов, значит, расщепления и усвоения там не происходит. В клизмах можно вводить жидкость, лучше капельно (30 капель в минуту) в виде физиологического раствора соли или глюкозы и обязательно подогретой до 39—40°. Тогда она будет легко всасываться в прямой кишке.

Таким образом, можно необременительно для большой ввести несколько литров жидкости.

Весьма эффективны и патогенетически обоснованы методы лечения, направленные на ликвидацию патологической импульсации от плодного яйца в центральную нервную систему. Блокада афферентных нервных путей приводит к разрыву патологической рефлекторной дуги. Эту блокаду можно осуществить как на уровне периферической вегетативной нервной системы, так и на уровне подкорковых структур. В первом случае используется парацервикальная, параметральная инфильтрационная анестезия 0,25—0,5% раствором новокаина. После обнажения шейки матки в зеркалах и обработки влагалища спиртом шейку фиксируют подъемником (но не пулевыми щипцами) и длинной иглой в задний и оба переднебоковых свода вводят по 40 мл 0,25—0,5% раствора новокаина. Вокруг матки создается как бы новокаиновый футляр. Вначале процедуры проводят ежедневно, затем через день, всего 8—10 раз.

Наши клинические наблюдения позволяют широко рекомендовать использование в лечении рвоты беременных центральной электроанальгезии. Метод совершенно безвреден для матери и плода и очень эффективен (Персианинов, Каструбин, Расстригин, 1978). Процедуры проводят аппаратом ЛЭНАР в тихом затемненном месте. Параметры можно подбирать индивидуально в следующих пределах: частота 400—800 Гц, длительность импульса 0,2—0,4 мс, скважность переменная, сила тока в цепи 0,8—1,2 мА. Длительность сеанса 60—90 мин, проводят его ежедневно, а в тяжелых случаях — до двух раз в день, всего 10—12 сеансов. Обычно клиническое улучшение наступает на третьем-четвертом сеансе центральной электроанальгезии и закрепляется в дальнейшем. Сразу после окончания сеанса проводится психотерапия. Хотя центральная электроанальгезия не относится к фармакотерапии, мы указываем этот метод лечения как эффективный и безвредный, позволяющий уменьшить дозы и число медикаментов, а нередко и полностью исключить их из терапии раннего токсикоза.

В заключение укажем на возможности лечения ранних токсикозов (рвоты) лекарственными растениями. К таковым следует отнести мяту перечную, траву пастушьей сумки, корень валерианы, цветки календулы, ромашки, тысячелистник. Применение этих растений в лечении рвоты беременных обусловлено благоприятным воздействием на слизистую оболочку желудка, стимуляцией желудочной и печеночной секреции, спазмолитическим эффектом на тонус желчевыводящих путей. Имеет значение и седативное влияние на центральную нервную систему. Настоя

из лекарственного сбора готовятся по следующему рецепту.

Мята (листья) — 2 ч. л.; валериана (корень) — 1 ч. л.; ноготки (цветки) — 2 ч. л.; тысячелистник (травы) — 1 ч. л.; ромашка (цветки) — 2 ч. л.; пастушья сумка (травы) — 2 ч. л. Смесь залить 400 мл кипятка, настоять 30 мин, процедить. Пить по 50 мл шесть раз в день курсами по 25 дней с 15-дневными перерывами, три курса.

Терапия поздних токсикозов

Профилактика и лечение поздних токсикозов беременных имеют важнейшее медико-социальное значение. Проблема поздних токсикозов включает два аспекта — обеспечить оптимальные условия для внутриутробного развития плода и предохранить мать от тех отрицательных последствий, к которым может привести заболевание поздним токсикозом.

Профилактика и лечение ранних претоксикозных состояний беременной женщины предотвращают поздние токсикозы. Но поскольку врачу чаще приходится иметь дело уже с развившимся токсикозом, требующим неотложных лечебных мероприятий, ему следует знать тактику ведения поздних токсикозов.

Во-первых, необходим дифференцированный подход к лечению, предусматривающий вид токсикоза (сочетанный или несочетанный), стадию развития (водянка, нефропатия, преэклампсия и эклампсия), степень тяжести, срок беременности. Во-вторых, терапия должна начинаться на догоспитальном этапе, т. е. в условиях женской консультации, «скорой помощи». В-третьих, терапия должна завершаться реабилитацией, проводимой в ближайшие и отдаленные сроки после родов.

В современный период терапия поздних токсикозов предусматривает совместное участие нескольких специалистов — акушера, терапевта, анестезиолога, неонатолога. Основная координирующая роль принадлежит акушеру. Он намечает стратегический план лечения и корректирует его в соответствии с динамикой заболевания. Однако не во всех родовспомогательных учреждениях имеются соответствующие специалисты, поэтому врач-акушер должен владеть необходимым объемом знаний в области внутренних болезней, анестезиологии и неонатологии. Основными задачами терапевта являются диагностика и лечение фонового заболевания, осложняющего течение беременности. Анестезиолог принимает участие в выявлении и коррекции показателей обмена веществ, реологических свойств крови и осуществляет интенсивную терапию ургентных состояний. Неонатолог совместно с акушером оценивает состояние внутриутробного плода

по существующим тестам и дает соответствующие рекомендации по лечению. В задачи неонатолога должно входить и предупреждение отрицательного воздействия на плод.

Терапия должна быть комплексной и состоять из следующих восьми элементов: 1) воздействие на центральную нервную систему; 2) увеличение объема циркулирующей жидкости; 3) дезинтоксикация организма; 4) улучшение функциональной способности печени и микроциркуляции в паренхиматозных органах; 5) снижение артериального давления; 6) дегидратация организма; 7) коррекция электролитного и кислотно-щелочного состояния; 8) борьба с гипоксией и гипотрофией плода.

Комплекс всех этих мероприятий позволяет проводить следующую терапию.

1. Воздействовать на центральную нервную систему. Лечебно-охранительный режим в настоящее время обеспечивается применением дроперидола (10—15 мг) и седуксена (10 мг), после чего у беременных наступает общая заторможенность, состояние психоэмоционального покоя. Главное преимущество данного лечения перед наркозом — сохранение рефлексов, в частности кашлевого, кроме того, эти препараты не угнетают дыхательный центр и могут применяться повторно в течение нескольких суток через 4—6—8—12 ч. При этом доза дроперидола уменьшается до 7—10 мг, а доза седуксена остается прежней.

2. Увеличить объем циркулирующей жидкости. В связи с гиповолемическим состоянием при позднем токсикозе беременных, начиная с заболевания средней тяжести, общее количество вводимой при инфузионной терапии жидкости должно быть не менее 1200—1400 мл при соответствующем диурезе (Савельева, 1976). Лучшими инфузионными средами являются: 20% раствор альбумина — 100—200 мл; сухая плазма в разведении 1:3 — 150—200 мл; протеин — 200 мл; глюкозоновокаиновая смесь (40% раствор глюкозы — 150 мл; 0,25% раствор новокаина — 150 мл; 5% раствор аскорбиновой кислоты — 5 мл; инсулин — 16 ЕД); полиглюкин — 200 мл; реополиглюкин — 200 мл.

3. Проводить дезинтоксикацию организма включением в инфузионную терапию препаратов неоконпенсана, гемодеза, унитиола, глутатиона.

4. Добиваться улучшения функциональной способности печени путем введения 50—100 мл 1% раствора глютаминовой кислоты, холинхлорида 2—3 г в 5% растворе глюкозы со скоростью не более 30 капель в минуту, метионина, липокаина.

Улучшение микроциркуляции в паренхиматозных органах и восстановление фильтрационной способности почек достигается как увеличением ОЦК, так и применением сосудорасширяющих препаратов (эуфиллина, но-шпы, папаверина).

5. Снизить артериальное давление. Многие лекарственные средства, действующие на ЦНС, одновременно снижают и артериальное давление. Это дроперидол, седуксен, резерпин. Из других спазмолитических и расширяющих сосуды средств следует назвать дибазол, катапресан, галидор. Отдельно стоят ганглиоблокаторы: пентамин, арфонад, гироний и др. Применять гипотензивные препараты необходимо под контролем артериального давления, не снижая его ниже «рабочего», чтобы не уменьшить микроциркуляцию в почках и их фильтрационную способность. Превышение дозы ганглиоблокаторов может вызвать коллапс. Применять их во время беременности следует кратковременно, 4—8 ч, и совместно с более длительно действующими лекарствами.

6. Проводить дегидратационную терапию. Стимуляцию мочеобразования необходимо сочетать с осмотерапией, маннитолом или сорбитолом и только после увеличения объема циркулирующей жидкости можно назначать препараты, увеличивающие клубочковую фильтрацию, угнетающие действия карбангидразы, тормозящие антидиуретический гормон, подавляющие эффект альдостерона. Наибольшее распространение в лечении позднего токсикоза беременных имеют гипотиазид, фуросемид. Препараты урегит и диакарб при тяжелых поздних токсикозах применять не следует, так как они усиливают ацидоз. При назначении диуретиков тяжелым больным необходим почасовой контроль диуреза. Потребление поваренной соли должно быть ограничено; необходимо введение солей калия (панангин, аспаркам, хлористый калий).

7. Проводить коррекцию электролитного и кислотно-щелочного состояния (КЩС). Электролиты и КЩС у больных тяжелыми поздними токсикозами беременных следует определять каждые 4—6 ч. Коррекция КЩС достигается введением расчетных количеств 4% бикарбоната Na, три-самина.

8. Осуществлять борьбу с гипоксией и гипотрофией плода, применяя увлажненный кислород, сигетин, препараты кобальта, витамины Е, АТФ, кокарбоксилазу.

Перечисленная терапия с использованием кардиотропных средств, лечебного питания должна проводиться при водянке всех степеней и I, II, III степенях нефропатии по принципу «интенсивного наблюдения и ухода», когда жизненно важные

органы еще не истощились, но такая опасность вполне реальна. Основа ведения больной на этом этапе — систематическая оценка жизненно важных функций организма. Терапия и уход должны проводиться тем тщательнее, чем тяжелее течение болезни.

Весьма эффективным средством в лечении позднего токсикоза, по нашим наблюдениям, являются лекарственные растения. Назначая их при поздних токсикозах легкой или средней тяжести, исходят из симптоматического проявления болезни и подбирают растения с преимущественным воздействием на тот или иной симптом. Однако широта и многосторонность терапевтического воздействия растений приближает терапию к комплексной и патогенетической. Предлагаемый нами сбор успешно апробирован в клинических условиях и может быть назначен при поздних токсикозах как для лечения, так и для профилактики тем женщинам, у которых предыдущие беременности осложнялись токсикозом. В случаях тяжелых форм токсикоза, когда необходимы сильнодействующие лекарства, прием этого сбора может быть рекомендован параллельно с основным лечением. В сбор входят растения с преимущественно мочегонным, гипотензивным и седативным действиями.

Рецепт. Шиповник (плоды измельченные) — 1 ст. л.; зверобой (трава) — 2 ч. л.; сушеница (трава) — 1 ст. л.; боярышник (плоды измельченные) — 1 ч. л.; пустырник (трава) — 1 ст. л.; береза (почки) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ст. л.; толокнянка (листья) — 1 ч. л.; брусника (листья) — 2 ч. л.; земляника (плоды или листья) — 1 ч. л. Смешать, залить 600 мл кипятка, кипятить 1/2 мин, настоять 20 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 35 дней с 10-дневными перерывами.

Неотложная интенсивная терапия токсикозов

Лечение преэклампсии, эклампсии и родоразрешение при этих формах позднего токсикоза, а также родоразрешение при нефропатии тяжелой формы требует неотложной интенсивной терапии.

Дело в том, что тяжелая нефропатия достаточно быстро может перейти в преэклампсию и через очень короткий период — в припадок эклампсии. Бывают случаи, когда больная оказывается в коматозном состоянии и без припадков. Поэтому тяжелую форму нефропатии со стертыми специфическими изменениями преэклампсии правильнее рассматривать как преэклампсию.

Мы не можем согласиться с мнением тех специалистов, которые при определении очередности лечебных мероприятий по оказанию помощи тяжелым больным воздействие на центральную нервную систему ставят на последнее место. Ведь припадок

бывает с мозговыми симптомами, и поэтому мы, как и Н. П. Иванов (1976), считаем выполнение лечебно-охранительного режима первоочередным. Достигать этого следует введением больной в наркоз «быстрым» газовым анестетиком (трилен, фторотан, наркотан), а в дальнейшем — переводом на кислородно-закисный, виадриловый наркоз с внутривенным введением 15 мг дроперидола, 10 мг седуксена, 20 мг промедола.

Санитарная обработка таких больных в приемном покое проводится не должна, внутреннее исследование необходимо осуществить после введения больной в наркоз.

Ввиду необходимости в дальнейшем массивной инфузионной терапии и парентерального питания следует считать целесообразным пунктирование крупной вены (лучше подключичной) с налаживанием длительно функционирующего катетера.

Правила интенсивной терапии требуют введения постоянного катетера в мочевой пузырь и почасового контроля диуреза. Наблюдения за основными функциями организма (ЭЭГ, ЭКГ, пульс, артериальное давление, ЭКГ плода) желательно проводить постоянно с помощью монитора.

Мы раскрыли первоочередные основные приемы неотложной интенсивной терапии при тяжелой нефропатии и преэклампсии.

Если припадок начался, то введение в наркоз возможно только после окончания припадков, а потому кроме предохранения больной от травмы необходимо, не дожидаясь окончания припадков, внутривенно ввести 15 мг дроперидола, 10 мг седуксена и 1 мл пипольфена. Использование указанных средств позволяет сразу же вызвать состояние нейролепсии, при этом приступ эклампсии резко ослабляется и не наблюдается коматозного состояния после него. Дальнейшее лечение больной в течение 6—8 ч необходимо проводить под виадриловым наркозом.

Если больная находится вне родов, то последующая терапия проводится в соответствии с описанными принципами.

Неотложная интенсивная терапия в родах отличается рядом особенностей, главной из них является обязательное анестезиологическое пособие, которое складывается из следующих четырех элементов: обезболивание, противосудорожная, гипотензивная и дегидратационная терапия (Федермессер, Церивадзе, 1975).

Обезболивание. Из всего арсенала методов обезболивания наиболее показана перидуральная анальгезия («избирательный» верхнелюмбальный блок, обеспечивающий наряду с анальгезией еще и выраженный гипотензивный эффект).

Из других методов предпочтительнее непрерывная анальгезия закисью азота, а также виадриловый наркоз, сон в ГОМКЕ

(гамма-оксимасляная кислота), пролонгированный ингаляцией закиси азота с кислородом. Последний вариант избавляет от необходимости повторных введений виадрила, при которых возрастает опасность развития тромбофлебитов: это осложнение чаще отмечается у рожениц с тяжелыми формами токсикоза в связи с склонностью к гиперкоагуляции.

В наиболее острых ситуациях (стремительное развитие гипертензивного синдрома, преэклампсия) проводят кратковременный наркоз эфиром или фторотаном в сочетании с закисью азота и кислородом с последующим переходом к одному из перечисленных выше методов длительного обезбоживания.

При повторяющихся приступах эклампсии, переходящих в кому, показан эндотрахеальный наркоз с управляемой вентиляцией легких. В качестве средства для индукции используется фторотан (особенно при выраженном гипертензивном синдроме).

При склонности больной к судорогам и гипертензии не следует применять сомбревин. По тем же причинам не рекомендуется введение кордиамина при профилактике внутриутробной асфиксии плода.

В зависимости от акушерской ситуации все методы обезбоживания сочетаются со стимуляцией родов.

Противосудорожная терапия. Наиболее эффективными средствами являются седуксен (1—2 мл) и дроперидол (0,5—1 мл на 10 кг массы), которые не только повышают порог «судорожной готовности» мозга, но и потенцируют эффект обезболивающих средств. Дозировка и способ введения препаратов (внутримышечный или внутривенный) выбираются в зависимости от тяжести случая.

Гипотензивная терапия. Выбор средств и их дозировка определяются динамикой артериального давления и полученным лечебным эффектом. Подчеркнем еще раз, что гипотензивная терапия в родах тем результативнее, чем полноценнее обезбоживание.

При планировании гипотензивной терапии надо соблюдать следующие правила: быстродействующие, «сильные» средства (типа адренолитиков и ганглиоблокаторов) надо сочетать с систематическим введением средств «умеренной гипотензивной терапии» (дибазол, папаверин или но-шпа, эуфиллин), которые обеспечивают длительную стабилизацию достигнутого гипотензивного эффекта и служат основой терапии в послеродовом периоде; наиболее мощный кратковременный ганглиоблокатор арфонад желательно сохранять в резерве, прибегая к нему во втором периоде родов.

В случаях упорной гипертензии (систолическое давление стойко удерживается на цифрах около 160 мм рт. ст. и выше) до начала управляемой гипотонии арфонадом можно использовать комбинированное введение адренолитика дроперидола и ганглиоблокатора «средней силы» — пентамина или димеколина. При этом развивается выраженный и стойкий (на 2 ч и дольше) гипотензивный эффект. В основе его лежит одновременная блокада двух механизмов регуляции сосудистого тонуса: альфа-рецепторов стенки сосудов и вегетативных ганглиев.

Перечисленные современные средства гипотензивной терапии по силе и скорости проявления эффекта значительно превосходят сернокислую магнезию, поэтому применение ее в родах, особенно изолированное, нецелесообразно, тем более что имеются убедительные указания на ее способность угнетать сократительную деятельность матки.

На магниезиальную терапию желательно переходить в послеродовом периоде, используя ее как гипотензивное, противоотечное и противосудорожное средство.

Цель дегидратационной терапии — уменьшение отеков и гипернатриемии, а также предотвращение отека мозга и повышения внутричерепного давления. Применяются салуретики (лазикс, гипотиазид) и осмотический диуретик маннитол.

Надо учитывать, что олигурия при токсикозе, как правило, не связана с органическим поражением почек, а является результатом вазоконстрикции и уменьшения почечного кровотока. Поэтому диуретические средства целесообразно назначать после того, как будет достигнут хотя бы частичный гипотензивный эффект. Внутривенное вливание маннитола до устранения гипертензии способно привести к еще большему подъему артериального давления. Так как маннитол, повышая осмотическое давление крови, привлекает в сосудистое русло межклеточную жидкость, это ведет к увеличению ОЦК и усиливает гипертензию.

Интенсивная диуретическая терапия может вызвать обезвоживание организма. Поэтому во всех тяжелых случаях, когда резко ограничен прием пищи и жидкости, дегидратическая терапия должна сочетаться с инфузионной терапией.

Терапия невынашивания беременности

Невынашивание беременности остается весьма актуальной проблемой. До 15% всех беременностей заканчивается самопроизвольным выкидышем в I триместре беременности. Среди многочисленных причин, вызывающих спонтанный аборт, до недавнего времени основными считались гормональный дисбаланс у

женщины, проявляющийся половым инфантилизмом и гипофункцией желтого тела, аномалии строения матки, психические и физические перенапряжения, инфекционные заболевания. Между тем в последнее время установлено, что не менее половины самопроизвольных выкидышей в первом триместре беременности вызваны хромосомными aberrациями. Во втором триместре беременности, т. е. в сроки 12—24 недели, аборт обычно является результатом действия материнских факторов, а не цитогенетических нарушений. Среди них аномалии развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, системные заболевания у матери (Elias, Simpson, 1980). Однако и в эти сроки в 34% случаев выявляются хромосомные aberrации (Ruzicka et al., 1971). Хромосомная патология у мертворожденных встречается реже и составляет от 5 до 10% (Bauld et al., 1974). Анализ разновидностей хромосомных aberrаций показывает следующее. В первом триместре у абортусов наиболее часто встречаются аутомсомные трисомии (50%), затем моносомия X (25%), полиплоидия (20%), структурные аномалии хромосом (5%) и очень редко аутомсомные моносома и полисома по половым хромосомам. У абортусов II триместра беременности часто бывают аутомсомные трисомы, моносомии X и мозаицизм по половым хромосомам (Симпсон и др., 1985).

Таким образом, можно сделать вывод, что невынашивание беременности часто зависит от генетически обусловленных заболеваний и представляет собой проявление закона естественного отбора. Поэтому основные лечебно-профилактические меры необходимо применять к женщинам, потенциальным на невынашивание в небеременном состоянии, иначе говоря, тщательно готовить их к беременности. Сюда относится устранение вредных факторов окружающей среды, привычных интоксикаций, оздоровление всего организма будущей матери (и отца), улучшение нервно-сосудистой трофики органов половой сферы.

Во время беременности медикаментозное воздействие должно быть сведено к минимуму. Не следует сохранять беременность, если для этого необходимо длительное введение относительно больших доз эстрогенных гормонов, прогестерона, витаминов, токолитических препаратов. Очень полезна в данных ситуациях пренатальная диагностика, однако в широкой практике она еще не применяется.

Из гормональных средств лечения угрожающего выкидыша предпочтение следует отдать туриналу, безопасность которого для матери и плода установлена экспериментальной и клиническими наблюдениями. Туринал следует назначать при наличии выраженных симптомов угрожающего выкидыша (боли),

причем в 1-й половине беременности его можно давать по схеме: в течение 10 дней по 1 табл. три раза в день, затем в течение 5 дней по 1 табл. два раза в день и в течение 14 дней поддерживающая доза — 1 табл. в день. Туринал содержит комплекс эстроген-гестагенных компонентов со значительным преобладанием последних, поэтому в I триместре он эффективен в случаях функциональной недостаточности желтого тела. Имеет значение и релаксирующее влияние туринала на миометрий. Схема лечения туриналом во второй половине беременности примерно такова: в течение первой недели принимают туринал по 2 табл. три раза в день. Следующую неделю по 1 табл. три раза в день, затем по 1 табл. два раза в день и, наконец, по 1 табл. в день еще неделю.

Для лечения угрожающего выкидыша и преждевременных родов в сроках 23—36 недель в последнее время довольно широко стал использоваться β -адреномиметик партусистен (фенотерон). Лучше начинать лечение, особенно при выраженном гипертонусе матки, с внутривенного введения 0,5 мг препарата, разведенного в 250 мл физиологического раствора, со скоростью 10 капель в минуту под контролем пульса. За 2 ч до окончания вливания начинают пероральное введение партусистена по 2,5 мг через 3—4 ч. Лечение продолжается одну-две недели. Другим медикаментом этой группы токолитиков является индометацин. Его можно использовать в свечах по 100 мг, а затем перорально по 25 мг четыре раза в сутки, общая доза на курс 200—400 мг. Противопоказаниями к приему β -адреномиметиков служат пороки сердца, тиреотоксикоз, глаукома (Сидельникова, 1986).

Из негормональных средств лечения в комплексную терапию включают некоторые витамины, причем, чем меньше срок беременности, тем меньшая назначается доза. Аскорбиновая кислота применяется либо в чистом виде — перорально по 50—100 мг два-три раза в день, либо парентерально по 1—2 мг 5% раствора. Лучше, однако, вводить аскорбиновую кислоту в форме концентрированного отвара плодов шиповника. Снижение содержания витамина E в крови обуславливает необходимость его введения в организм в случаях угрожающего выкидыша. Внутрь принимают по 1 ч. л. масляного раствора, подкожно вводят по 1 мл 5—10—30% раствора.

Так как важное значение в лечении угрожающего выкидыша принадлежит нормализации функции ЦНС, в комплекс лекарственных средств должны входить седативные, нейротропные средства. Однако назначать длительное время медикаменты из группы нейролептиков или транквилизаторов рискованно

из-за опасности тератогенного эффекта. Поэтому предпочтение следует отдать седативным растительного происхождения: экстракт корня валерианы в сухом виде по 0,02 г три раза в день либо настойка валерианы пополам с настойкой пустырника по 30 капель три раза в день. Эффективнее действует валериановый чай, приготовленный из одной чайной ложки корня на чашку кипятка. Его настаивают 30 мин, процеживают, пьют горячим вечером, перед сном, ежедневно — длительное время (не менее 6 месяцев).

Традиционно используемые препараты спазмолитического действия — серноокислая магнезия, но-шпа, платифиллин, папаверин назначаются в комплексе ограниченно, по показаниям.

Наряду с медикаментами необходимо использовать немедикаментозное воздействие — центральную электроанальгезию и электрорелаксацию матки. Методика центральной электроанальгезии та же, что при лечении рвоты беременных. Механизм лечебного эффекта — нормализация корково-подкорковых взаимоотношений и вегетативной регуляции, проявляющаяся в снижении эмоциональной напряженности, релаксации миомерии, оптимизации маточно-плацентарного кровообращения. Электрорелаксация воздействует переменным током на нервно-мышечный аппарат матки. Для электрорелаксации используется аппарат «Амплипульс-4». Частота синусоидального тока 50—500 Гц, сила — до 10 мА, проводятся три сеанса продолжительностью 30 мин.

В заключение этого раздела приведем рецепт настоя из нескольких лекарственных растений, который позволяет уменьшать дозы или исключить некоторые синтетические медикаменты (витамины, транквилизаторы) из комплекса сохраняющей терапии.

Рецепт. Шиповник (плоды измельченные) — 2 ст. л.; пустырник (трава) — 1 ст. л.; валериана (корень) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 2 ч. л.; тысячелистник (трава) — 2 ч. л. Смесь настоять 30 мин в 600 мл кипятка, процедить. Настой пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды 35 дней с 15-дневными перерывами, 3 курса. Обязательно употребление пчелиного меда в дозах 3—5 чайных ложек в день.

Фармакотерапия гипотрофии плода

Гипотрофия плода, характеризующаяся отставанием плода в весе, слабым развитием подкожно-жировой клетчатки, снижением рефлексов, является следствием патологического течения беременности. Она наблюдается, как правило, у беременных,

страдающих тяжелыми формами нефропатии, хроническим пиелонефритом, гипертонической болезнью. Поэтому профилактика и своевременное лечение этих заболеваний будет профилактикой и лечением гипотрофии плода. Поскольку в основе патогенеза гипотрофии плода лежит нарушение питательной функции плаценты, назначается комплекс мероприятий, способствующих росту и развитию плода. Беременной обеспечивается постельный режим с преимущественным положением на боку, чтобы усилить приток крови к матке. Назначают усиленное белковое питание в основном за счет легкоусвояемых молочных белков (молоко, творог, сыр). Рекомендуется и пчелиный мед.

Обязательным компонентом в лечебном комплексе являются витамины. Вводятся витамины группы В: В₁ 6% — 1 мл; В₆ 5% — 1 мл; В₁₂ по 100 мкг внутримышечно через день. Дают галаскорбин по 0,5 табл. три раза в день, глютаминовую, фолиевую кислоты по 1 табл. три раза в день. Обязательно вводится витамин Е (токоферол) по 1 мл внутримышечно.

Для нормализации функции печени кроме витаминов назначается метионин по 0,5 г три раза в день, внутривенно вводится плазма и 5% раствор глюкозы. С целью стимуляции гормона роста у плода назначают инсулин по 8 ЕД в день, длительность курса от одной до трех недель. Вливают реополиглюкин два-три раза в неделю.

Для нормализации и улучшения маточно-плацентарного кровообращения назначается сигетин по 1 мл внутримышечно либо внутривенно в растворе глюкозы, вазоактивные препараты: трентал, партусистен, изадрин. Трентал вводится внутривенно капельно в 500 мл 5% глюкозы в количестве 100 мг, а партусистен в количестве 0,5 мг со скоростью 10 капель в минуту, постепенно ее увеличивают до 25 капель в минуту. Одновременно два раза в день назначают таблетированный препарат трентал. С целью профилактики осложнений от лечения препаратами этой группы в течение недели внутривенно вводят коргликон по 1 мл 0,06% раствора и дают изоптин (фенаптин) по 1 табл. три раза в день. Перорально можно назначать компламин по 0,15 г три раза в день. Длительность курса лечения указанными медикаментами составляет четыре-шесть недель (Савельева, Серов, Старостина, 1984).

Фармакотерапия сочетается с индуктотермией околопочечной области, фитотерапией и диетой. Используются настои из лекарственных сборов, назначаемых с профилактической целью при нормальной беременности, врачи следят за полноценным питанием, обязательно включающим пчелиный мед и яблочный уксус.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Сердечно-сосудистая система

Проблема заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных в настоящее время является чрезвычайно актуальной по той причине, что в структуре как экстрагенитальной заболеваемости у беременных, так и материнской смертности приоритет принадлежит патологии органов кровообращения.

Наиболее неблагоприятными («критическими») даже для физиологически протекающей беременности периодами являются 9—12-я недели, когда под влиянием нейроэндокринной пертурбации изменяется реактивность женского организма, и особенно 28—36-я недели, характеризующиеся максимальным развитием гемодинамических сдвигов, а также первые 24—48 ч пуэрперального периода, когда быстро разрушается все «здание» беременности, что требует мобилизации адаптационно-приспособительных механизмов родильницы (Ванина, 1977; Персианов, Демидов, 1977; Елисеев, 1983).

Но если у здоровых беременных благодаря достаточным функциональным резервам сердечно-сосудистой системы эти изменения не представляют опасности, то у больных, ранее имевших даже благоприятное течение болезни системы органов кровообращения, они нередко приобретают агрессивный характер. Присоединение позднего токсикоза создает особенно тяжелую ситуацию, разрешение которой часто бывает не в пользу матери и плода.

Ревматизм

Беременность, усиливая аллергические реакции организма, способствует «пробуждению» дремлющих очагов инфекции и делает весьма вероятной угрозу обострения ревматизма. Иногда причиной осложненного течения беременности является не столько характер и тяжесть повреждения клапанов сердца, сколько степень активности ревматического процесса. Наиболее

часто ревматизм обостряется в первом триместре беременности, предродовом и особенно послеродовом периодах. Иногда обострение может наблюдаться в сроки беременности 28—32 недели (Ванина, 1977; Елисеев, 1983).

В свете изложенного выявление очагов хронической инфекции (тонзиллит, отит, гайморит, фронтит, периодонтит и др.) и их санация во время беременности, а также проведение превентивной противоревматической терапии в указанные «опасные» периоды приобретают исключительно важное значение. Кроме того, необходимость противорецидивной терапии могут обусловить такие факторы, как: 1) перенесенные во время беременности ангины и респираторные инфекции; 2) частые ревматические атаки в прошлом; 3) выраженные повреждения клапанов сердца; 4) декомпенсация кровообращения во время беременности или после родов; 5) предстоящая операция кесарева сечения и послеоперационный период; 6) травматические роды; 7) субинволюция матки в послеродовом периоде; 8) послеоперационный период в связи с хирургической коррекцией клапанного аппарата сердца.

При превентивном противоревматическом лечении назначается ацетилсалициловая кислота (лучше после 12 недель беременности, так как салицилаты могут вызывать резорбцию эмбриона, аномалии развития и мертворождаемость) или амидопирин до 2 г в сутки под защитой альмагеля. При наличии очагов хронической инфекции назначают бициллин-5 один раз в месяц по 1 500 000 ЕД внутримышечно. Как метод неспецифической гипосенсибилизации показан прием препаратов кальция в виде его солей (хлорид, глицерофосфат, глюконат) через 2 ч после еды три раза в день. Для лучшего всасывания кальция его целесообразно назначать одновременно с желудочным соком или пепсидилом. Полезно применение аскорутин и кверцетин по 1 табл. три раза в день. Так как срок беременности 28—36 недель является периодом максимального повышения нагрузки на сердечно-сосудистую систему, целесообразно в это время назначение 1—2 мл 1% раствора АТФ, 50—100 мг кокарбоксилазы внутримышечно, малых доз гликозидов, витамина В₆—0,01 г по 2 табл. три раза в день. Курс превентивного противоревматического лечения составляет три недели.

В комплексе с этим лечением или самостоятельно желательное с начала беременности назначать настои из лекарственных растений.

Рецепт. Ива (кора) — 1 ч. л.; крапива (листья) — 2 ч. л.; береза (почки) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ч. л.; спорыш (тра-

ва) — 1 ч. л.; шиповник (плоды измельченные) — 1 ст. л. Смешать, настоять 30 мин в 350 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с двухнедельными перерывами.

Рецепт. Лопух (корень измельченный) — 2 ч. л.; девясил (корень измельченный) — 2 ч. л. Смешать, кипятить 5 мин в 400 мл воды, настоять 15 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с двухнедельными перерывами.

Лечение активной фазы ревматизма и недостаточности кровообращения у беременных проводится так же, как и вне беременности. Как правило, лечение начинается с назначения аспирина (до 3 г в сутки в первой половине беременности и до 4 г — во второй) или амидопиринна (до 3 г). Данные препараты рекомендуется принимать после еды, предварительно растворив их в 1/4 стакана воды, запивая альмагелем. При плохой переносимости ацетилсалициловой кислоты (тошнота, рвота, изжога, боли в эпигастрии) ее целесообразно полностью заменить амидопирином или бутадioniом (в дозе до 0,6 г в сутки).

Антиревматические препараты должны назначаться в среднем в течение 6—8 недель. При этом необходим контроль периферической крови из-за возможного угнетения костномозгового кроветворения. До 12 недель и после 38 недель беременности замену аспирина следует считать обязательной. В ранние сроки это необходимо во избежание его эмбриотоксического эффекта, а перед родами по той причине, что аспирин, обладая слабыми антикоагулянтными свойствами, может вызвать изменения со стороны свертывающей системы крови и тем самым увеличить кровопотерю в родах. Кроме этого, тормозя биосинтез простагландинов E и F, аспирин ведет к увеличению продолжительности беременности и слабости родовой деятельности.

К гормональным препаратам (кортизон, триамцинолон, преднизолон) при беременности мы прибегаем только в случае безуспешности или малой эффективности лечения салицилатами. Из них можно использовать преднизолон или триамцинолон. С учетом активности ревматического процесса суточная доза преднизолона составляет: при первой степени — 20 мг, при второй — 30—40 мг, при третьей — 50—60 мг. Триамцинолон применяется в эквивалентной дозе. После получения терапевтического эффекта суточную дозу постепенно снижают. Если женщина во время беременности принимала глюкокортикоиды, то в родах, в послеродовом или послеоперационном периодах стероидную терапию возобновляем в повышенной дозе.

Для профилактики активации скрытых и явных очагов хронической инфекции при кортикостероидной терапии необходимо назначение антибиотиков. Для этой цели могут быть использованы пенициллины и его синтетические аналоги по 1,5—2 млн ЕД в сутки, эритромицин до 1 г в сутки в течение 7—10 дней с перерывами до двух недель. Так как глюкокортикоиды нарушают электролитный баланс, показано применение 10% раствора хлорида калия по 1 ст. л. три раза в день.

В терапии недостаточности кровообращения, возникшей на почве ревматического поражения клапанного аппарата сердца (а также его врожденных дефектов), наибольшее значение имеют гликозиды. При нерезко выраженной недостаточности применяется настой травы горичвета весеннего, который готовят из расчета 6—8 г на 200 мл воды и назначают по 1 ст. л. три—пять раз в день. При нарушении кровообращения или мерцательной тахикардии назначают препараты наперстянки (порошок из листьев наперстянки, дигоксин). Учитывая повышенную чувствительность миокарда беременных к гликозидам, целесообразно использовать метод медленного насыщения организма гликозидами под строгим контролем ЭКГ. Суточная доза, с которой начинают дигитализацию, составляет 0,45 г наперстянки или 0,75 мг дигоксина. При появлении первых признаков токсического действия лекарства (брадикардия, желудочковая экстрасистолия, сниженный, «корытообразный» ST, уплощенный зубец T) препарат сразу же отменяется или осуществляется переход на длительное лечение поддерживающими дозами (наперстянки 0,1—0,15 г, дигоксина 0,25—0,5 мг в сутки).

При пароксизмальной тахикардии и тахикардической форме мерцательной аритмии вводят внутривенно дигоксин по 1—2 мл 0,025% раствора в изотоническом растворе один-два раза в сутки (медленно). Из лекарственных растений можно применять 10% настой травы зюзника (шандра водяная) по 100 мл три раза в день.

В тяжелых случаях (нарушение кровообращения II—III степени) иногда целесообразно применить метод форсированной дигитализации — по 1 г наперстянки или по 1,5 мг дигоксина в сутки назначают в течение двух-трех дней, вслед за которой проводят поддерживающую дигитализацию. Для получения быстрого эффекта можно также использовать 0,05% раствор строфантина по 0,5 мл в 10 мл изотонического раствора два раза в сутки или 0,06% раствор коргликона по 1 мл в изотоническом растворе внутривенно два раза в сутки.

Следует помнить, что последние два препарата нельзя назначать сразу же после применения наперстянки, необходим пе-

рерыв в среднем около пяти дней. В случае передозировки сердечных гликозидов показаны отмена препаратов, назначение унитиола по 5 мл 5% раствора внутримышечно два-три раза в день с последующим уменьшением его количества, солей калия, диатриевой соли ЭДТА, анаболических стероидов.

Применение сердечных гликозидов нежелательно беременным с желудочковой экстрасистолией, замедлением внутрипредсердной проводимости, при активном миокардите, выраженном стенозе митрального отверстия.

Используя препараты группы наперстянки, надо также иметь в виду, что дигиталис, оказывая прямое тонизирующее влияние на матку, вызывает преждевременные и быстрые роды. Поэтому за две-три недели до предполагаемого срока родов желательнее заменить дигиталисные препараты производными адониса.

Лечение кардиотониками обычно сочетается с применением препаратов калия (панангин, хлорид калия по 2—4 табл. в сутки), метаболических (АТФ по 2 мл 1% раствора внутримышечно, кокарбоксилазы по 100 мг внутримышечно или внутривенно в изотоническом растворе в течение 20—30 дней), коронарорасширяющих (внутрь курантил по 50 мг три раза в день, интенсаин по 75 мг три раза в день), антиаритмических (новокаинамид внутрь по 0,25 г два раза в день), фолиевой кислоты по 0,002 г три раза в день, аскорбиновой кислоты 0,5—1 г в сутки, кверцетина по 0,02 г три раза в день, салуретиков (фуросемид по 40 мг два-три раза в неделю, гипотиазид по 50 мг в сутки на протяжении трех дней в сочетании с 5% раствором хлорида аммония по 1 ст. л. три раза в день) и др. В конце беременности в сочетании с мочегонными показан прием спиронолактона (альдактон, верошпирон) в дозе 300—400 мг в сутки. С целью усиления действия мочегонных средств, особенно при устойчивых отеках, можно назначить 1 мл 2,5% раствора прогестерона внутримышечно ежедневно курсом не более 5 дней.

Для улучшения легочной гемодинамики целесообразно применять 2,4% раствор эуфиллина по 10 мл внутривенно, резерпин по 0,2—0,25 мг три раза в день, устраняющий спазм прекапилляров, глютаминовую кислоту по 0,5 г три раза в день, улучшающую легочный кровоток и трофику плода.

Одновременно с медикаментозным лечением или самостоятельно назначаются настои из лекарственных растений.

Рецепт. Горичвет (трава) — 1 ч. л.; пустырник (трава) — 1 ч. л.; валериана (корень) — 1 ч. л.; ноготки (цветы) — 1 ч. л.; кукурузные рыльца — 1 дес. л.; мочегонный чай — 1 дес. л.; звербой (трава) — 1 дес. л. Смешать, настоять 30 мин в 500 мл

кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день с 1 ч. л. меда курсами по 2 месяца с двухнедельными перерывами.

Рецепт. Горицвет (трава) — 1 ч. л.; пустырник (трава) — 1 ч. л.; валериана (корень) — 1 ч. л.; крушина (кора) — 1 ч. л.; тысячелистник (трава) — 1 ч. л.; спорыш (трава) — 1 дес. л.; сушеница (трава) — 2 ч. л.; боярышник (плоды) — 1 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 150 мл утром и вечером за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с двухнедельными перерывами.

Неспецифический аортоартериит

Неспецифический аортоартериит называют «болезнью молодых женщин», так как соотношение лиц женского и мужского пола составляет 3:1 (Покровский, 1979; Иванова и др., 1982). Консервативное лечение больных аортоартериитом представляет сложную задачу, ибо этиология заболевания не установлена. Трудности терапии неизмеримо возрастают и в связи с тем, что беременность может оказывать стимулирующее влияние на течение аутоиммунного процесса (Шардина и др., 1982), и в связи с патогенным воздействием на плод тех препаратов, применение которых считается наиболее эффективным.

В настоящее время в медикаментозном лечении неспецифического аортоартериита находят применение стероидные гормоны (преднизолон, полькортолон, кенокорт, метипред, дексазон), нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, метиндол, вольтарен, хлотазол, бруфен, напросин, напроксен), антикоагулянты (гепарин), ангиопротекторы (ангинин, продектин), сосудорасширяющие (курантил, трентал, компламин), гипотензивные (адельфан, бринердин, гемитон, допегит), мочегонные (фуросемид, гипотиазид, верошпирон) и другие средства.

Проведением консервативной терапии можно добиться улучшения общего состояния больных и устранения воспалительных явлений, однако восстановить нормальную проходимость сосудов и, следовательно, нормализовать гемодинамику не удается (Покровский, 1979).

Учитывая закономерности в выделении кортикостероидных гормонов во время беременности, можно ожидать, что, как и при ревматизме (Ванина, 1977), первый триместр, 20—32-я недели и 5—6-й дни послеродового периода явятся наиболее «критическими» для беременных с неспецифическим аортоартериитом.

В сроки до 12 недель при наличии активного аутоиммунного процесса показано безусловное прерывание беременности с проведением максимально интенсивной терапии в постабортном периоде. В более поздние сроки беременности из указанных выше средств осторожно, с учетом фетотоксического эффекта, следует использовать нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды. Особенности применения большинства из упомянутых фармакологических средств изложены в соответствующих главах.

Артериальная гипотония

Хроническая артериальная гипотония, являющаяся следствием корково-гипоталамической дисрегуляции сосудодвигательного центра и характеризующаяся лабильностью сосудистого тонуса и нервной системы, недостаточностью адаптационных механизмов и изменением функционального состояния эндокринной системы, относится к заболеваниям со сложным патогенезом (Тимошенко, Гайструк, 1972; Шехтман, Бархатова, 1982). В связи с полиэтиологичностью этого страдания О. М. Елисеев (1983) указывает, что артериальную гипотонию не следует рассматривать как единую самостоятельную нозологическую форму. Необходима терапия, учитывающая все стороны патологического процесса. Беременность у страдающих артериальной гипотонией женщин обуславливает внесение определенных корректив и дополнений в традиционное лечение.

Беря во внимание важность указанных патологических сдвигов для процесса вынашивания, а также возможность осложнений у таких больных как в родах, так и вскоре после них, мы считаем необходимым проведение курсов лечения (продолжительностью до двух-трех недель) в наиболее целесообразные для этого сроки беременности. Таковыми будут являться: 1) 13—14-я недели — период завершения эмбриогенеза, когда риск тератогенного лекарственного эффекта может быть сведен до минимума; 2) 28—36-я недели — период наибольшей функциональной напряженности всех органов и систем матери; 3) 38—40-я недели — этап подготовки женщины к родам; 4) пуэрперий.

Необходимо заметить, что предродовая подготовка и послеродовой период у женщин с артериальной гипотонией, особенно у первородящих, требуют большей интенсивности фармакологического воздействия, так как родовой акт характеризуется самым значительным во время беременности напряжением всех функциональных резервов, а пуэрперий — циркуляторной

адаптацией в сочетании с интенсивной нейроэндокринной и нейрогормональной перестройкой организма матери.

При достаточно хорошем эффекте первые два курса терапии артериальной гипотонии можно проводить в условиях женской консультации, подготовительный к родам курс желательнее осуществить в родильном доме.

При артериальной гипотонии прежде всего необходимо регулирование труда и отдыха. Рекомендуется избегать переутомления, больше бывать на свежем воздухе. Показаны лечебная физкультура (по рекомендации и под систематическим контролем врача ЛФК) в сочетании с гидротерапией (ежедневный теплый душ или обмывание теплой водой верхней части туловища), ультрафиолетовым облучением и воздушными ваннами. Необходимо рациональное питание, богатое белками и витаминами А, В₁, С, Д и Е.

При хронической гипотонии, обусловленной неврозом с преобладанием процесса возбуждения, назначаются седативные и общеукрепляющие средства, применяют настой корня валерианы (из расчета 3 г корня на 200 г воды) по четверти стакана четыре раза в день в течение 4—6 недель, микстуру Павлова по 1 ст. л. четыре раза в день. При нарушениях сна и для его удлинения можно назначить небольшие дозы люминала (по 0,05 г) или барбитала (по 0,1 г) за полчаса до сна. Полезно внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы с 2—4 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты. Повышению артериального давления, благодаря увеличению минутного объема работы сердца, способствуют тиамин хлорид (1—2 мл 5% раствора), кокарбоксилаза (по 50—100 мг внутривенно), АТФ (по 1—2 мл 1% раствора внутримышечно), которые назначаются в течение трех-четырех недель. Динатриевую соль аденозинтрифосфорной кислоты нежелательно применять в третьем триместре беременности (исключая предродовый период и роды), так как она оказывает стимулирующее влияние на матку и ускоряет роды.

При хронической артериальной гипотонии, в основе которой лежит невроз с преобладанием процессов торможения, проявляющийся астенией, повышенной утомляемостью и т. д., показаны психостимулирующие средства: кофеин (по 1 мл 10% раствора подкожно или таблетки по 0,1 г два раза в день), кордиамин (по 1 мл подкожно или по 25 капель три раза в день), эфедрин (по 0,3—0,5 мл 5% раствора подкожно 1 раз в день или таблетки по 0,025 г один-два раза в день). Рекомендуются настойки родиолы розовой, элеутерококка, китайского лимонника, аралии, заманихи по 25—30 капель два раза в день. Показано

применение пантокрина по 25—30 капель два-три раза в день, апилака по 0,01 г под язык перед едой два-три раза в день.

В последнем триместре беременности у 7—12% женщин, страдающих артериальной гипотонией, в положении на спине могут возникать вазомоторные реакции в виде так называемого синдрома нижней полой вены, или гипотензивного синдрома, клинически проявляющегося двигательным беспокойством, бледностью, снижением артериального давления (систолического до 25—40 мм рт. ст.), иногда потерей сознания. Опыт показывает, что медикаментозного лечения в этом случае обычно не требуется. Необходимо прежде всего повернуть женщину на бок или посадить. Несвоевременное проведение этого мероприятия может поставить под угрозу жизнь плода и здоровье женщины (Кобозева и др., 1970; Демидов, 1976).

Гипотонические кризы и обмороки (синкопы) являются показанием для обязательной госпитализации в стационар, где должна быть проведена более энергичная и расширенная терапия артериальной гипотонии.

Помимо медикаментов во второй половине беременности можно использовать гормональные препараты, призванные в данном случае выполнить заместительную роль. Назначают дезоксикортикостерона ацетат по 1 мл 0,5% раствора два-три раза в день внутримышечно в сочетании с препаратами калия в течение 5—7 дней при ограничении поваренной соли и жидкости. Можно назначить внутрь преднизолон по 10—15 мг в сутки в течение 5—7 дней. Применяют также витамины В₁₂ по 200 мкг внутримышечно, галаскорбин внутрь по 0,5 г три раза в день, мезатон подкожно или внутримышечно (0,3—0,5 мл 1% раствора), ингаляции кислорода. По химическому строению и действию на организм близким к мезатону является фетанол (этилдрианол, эффортил), который повышает артериальное давление в меньшей степени, но на более длительный срок. Препарат, по мнению некоторых авторов, можно применять в любые сроки беременности: внутрь по 5 мг два-три раза в день в течение трех-четырех недель; парентерально (особенно при выраженной гипотонии) по 1 мл 1% раствора под кожу или внутримышечно.

Учитывая, что для организма женщины родовой акт является сильнейшим стрессовым фактором (а во второй половине беременности у больных артериальной гипотонией отмечается угнетение функции коры и мозгового слоя надпочечников и уменьшение экскреции серотонина), целесообразно за две-три недели до родоразрешения и после него назначить в сочетании с большими дозами аскорбиновой кислоты (до 0,6 г в сутки) настойку женьшеня (или его аналогов) по 40—50 капель четыре

раза в день. Как средство фармакологической регуляции стресса женщина эффективно предупреждает наступление стадии истощения адаптационного синдрома. Сочетание указанных гигиенических и лечебных мероприятий, как правило, оказывается достаточно эффективным в терапии хронической артериальной гипотонии у беременных.

В тех случаях, когда проводимая терапия остается малоэффективной, следует, особенно в родах, осуществлять активную профилактику внутриутробной асфиксии плода (которая обычно связана с нарушениями маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения). Для этого Л. В. Тимощенко и А. Н. Гайструк (1972) рекомендуют внутривенное введение 20 мл 4% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, 5 мл 10% раствора глюконата кальция, 1 мл 10% раствора кофеина или 1 мл кордиамина, повторяемое в родах через каждые 6 ч. В родовом периоде есть необходимость в назначении также ингаляций кислорода.

Артериальная гипертония

В настоящее время при комплексном лечении гипертонических синдромов различной этиологии у беременных женщин в зависимости от срока и характера течения беременности могут быть использованы следующие основные группы гипотензивных лекарств (Кушаковский, 1983): 1) седативные средства (малые транквилизаторы — триоксазин, диазепам, седуксен, элиниум, препараты валерианы, производные барбитуровой кислоты); 2) производные раувольфии (резерпин, раунатин, раувазан); 3) алкалоиды барвицка (девинкан, винкапан); 4) препараты миотропного действия (дибазол, папаверин, но-шпа, сернокислая магнезия); 5) альфа-адреноблокаторы (дроперидол, фентоламин, тропafen); 6) бета-адреноблокаторы (пропранолол, тразикор); 7) адренолитики (допегит, альдомет); 8) симпатолитики (октадин, изобарин); 9) центральные и периферические антисимпатикотонические средства (клофелин, гемитон); 10) ганглиоблокаторы (арфонад, пентамин, перилен, гигроний); 11) салуретики (гипотиазид, фуросемид, урегит, триампур, бринальдикс); 12) антагонисты альдостерона (верошпирон, альдактон); 13) другие средства (нитроглицерин, прогестерон, лекарственные растения).

При назначении лекарственной терапии артериальной гипертонии у беременных женщин мы придерживаемся следующих принципов:

1) во избежание тератогенного действия на плод и отрицательного влияния на течение гестационного периода необходим

индивидуальный подбор гипотензивных средств с учетом противопоказаний и показаний применительно к сроку беременности;

2) для предотвращения резкого снижения артериального давления и нарушения маточно-плацентарного кровотока необходимо учитывать возможность потенцирования гипотензивного действия различных препаратов при их одновременном назначении;

3) применение комбинаций малых доз нескольких гипотензивных лекарств с различными механизмами действия позволяет добиться лучшего гипотензивного эффекта и избежать вредного влияния на мать и плод;

4) использование лекарственных препаратов не должно быть длительным — необходимо менять их в среднем через 7—10 дней;

5) непрерывность лечения может достигаться постоянным применением лекарственных растений с седативным, гипотензивным и мочегонным действиями в сочетании с прерывистыми курсами гипотензивных препаратов.

В терапии нестабильной и невысокой артериальной гипертензии (IA и IB стадии по А. Л. Мясникову) обычно используют седативные средства, препараты раувольфии и барвинка, мнотропные, салуретики, производные ксантина.

Как известно, для нормализации деятельности центральной нервной системы — усиления процессов торможения и ослабления процессов возбуждения — важным звеном терапии являются седативные средства, особенно малые транквилизаторы (триоксазин, седуксен, элениум) и препараты барбитуровой кислоты. В акушерской практике указанные лекарства назначаются по 1 табл. до двух-трех раз в день. Однако, учитывая их нежелательное действие на центральную нервную систему плода в течение всего антенатального периода, прием транквилизаторов, особенно барбитуратов, не должен превышать 7—10 дней. Как показывает наш опыт, целесообразней прием настоев или кислородных коктейлей из лекарственных растений (боярышника, сушеницы, валерианы, пустырника и др.). Причем более эффективным мы считаем постоянное, в течение всего гестационного периода, применение фитотерапии с подключением гипотензивных препаратов в наиболее «опасные» периоды (28—36 недель). Приводим рецепты нескольких сборов растений:

Рецепт. Боярышник (плоды) — 1 ст. л.; пустырник (трава) — 1 ст. л.; сушеница болотная (трава) — 2 ст. л.; ромашка (цветы) — 2 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 500 мл кипятка, про-

цедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Мать-и-мачеха (листья) — 1 ч. л.; укроп (семена) — 1/2 ч. л.; бессмертник (цветы) — 2 ч. л.; хвощ (трава) — 2 ч. л.; сушеница (трава) — 2 ч. л.; аир (корень) — 1/2 ч. л.; боярышник (цветы или плоды) — 1 ч. л.; пустырник (трава) — 1 ст. л.; шиповник (плоды) — 1 ст. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Пустырник (трава) — 1 дес. л.; сушеница (трава) — 1 дес. л.; зверобой (трава) — 1 дес. л.; ноготки (цветки) — 1 дес. л.; боярышник (цветки) — 1 дес. л.; мочегонный чай — 1 дес. л. Смешать, настоять 30 мин в 500 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Препараты раувольфии (резерпин, раунатин, раувазан, рауседил), влияя на адренергические структуры сердца, сосудов, центральной нервной системы, снижают систолическое и диастолическое давление и оказывают седативное действие. Их эффективность при беременности не очень велика и полностью проявляется на третий-пятый день приема, лучше выражена на начальных стадиях гипертонической болезни. Прием препаратов этой группы целесообразен при угрозе прерывания беременности, сопровождающейся артериальной гипертензией, и нежелателен в конце беременности (38—40 недель) из-за возможного угнетения сократительной активности миометрии и отрицательного влияния на новорожденного (сонливость, нарушение дыхания и сосательного рефлекса, ринит, конъюнктивит). Кроме того, эти препараты повышают секрецию желез дыхательных путей плода.

Учитывая известные побочные явления резерпина и его аналогов, пероральный прием лучше осуществлять по следующей схеме: первый день — 1 табл.; второй день — 2 табл.; третий день — 3 табл.; в дальнейшем, при хорошей переносимости, оптимальная суточная доза подбирается индивидуально. Обычно резерпин назначают по 0,1—0,25 мг до четырех раз, раунатин — по 2—4 мг до трех раз в сутки. Выпускаемый в ампулах 0,1% и 0,25% раствор рауседила вводится внутримышечно и внутривенно (медленно) два-три раза в день.

В тех случаях, когда прием препаратов раувольфии нежелателен, можно применять алкалоиды барвинка (девинкан и винокан), обладающие сходным с резерпином действием и улучшающие самочувствие при церебральной симптоматике. Девин-

кан назначается внутрь вначале по 1 табл. (0,005 и 0,01 г) два раза в день, а затем до трех-четырех раз в сутки. Внутримышечное применение девинкана (по 1 мл 0,5% раствора) следует осуществлять только в условиях стационара — вначале один раз в сутки, а затем два раза с последующим переходом на пероральный прием препарата. Лечение винкапаном (таблетки по 0,01 г) начинают с приема 0,5 табл., а затем по 1 табл. два-три раза в день. По достижении нормотонии переходят на поддерживающую дозу (до 1—1,5 табл. в сутки).

Дибазол и папаверин оказывают сосудорасширяющее и гипотензивное действие, хорошо переносятся больными и лишены побочных эффектов. Пероральный прием, по нашим наблюдениям, часто малоэффективен. Поэтому целесообразней применять их в инъекциях: 0,5—1% раствор дибазола по 4—6 мл внутримышечно или внутривенно, 2% раствор гидрохлорида папаверина по 2 мл подкожно или внутримышечно два-три раза в день.

Терапия гипертонических состояний более эффективна при комбинировании указанных гипотензивных препаратов с мочегонными средствами — тиазидами и производными ксантина. Салуретики — гипотиазид, циклометиазид, гигротон — обладают слабо выраженным гипотензивным действием, обусловленным уменьшением минутного объема сердца, снижением как периферического сопротивления, так и чувствительности сосудов к вазоактивным веществам. Выведение из сосудистой стенки хлора, натрия и воды, достигаемое мочегонными, способствует потенцированию гипотензивных средств и уменьшению их дозы в 1,5—2 раза. Это частично устраняет отрицательное влияние медикаментов на материнский и плодовой организмы. Максимум гипотензивного действия тиазидов, по нашим наблюдениям, проявляется через 5—7, иногда 14 дней, поэтому их применение показано для длительного лечения легкой и умеренной гипертонии. Гипотиазид назначают в дозе 25 мг один раз в день в течение недели с 3—5-дневными перерывами. Гигротон назначают по 100 мг два раза в день с переходом по достижении необходимого эффекта на 100 мг один раз в 2—3 дня. При резком и значительном повышении артериального давления (гипертонический криз) целесообразно использовать фуросемид, оказывающий быстрый, хотя и непродолжительный гипотензивный эффект, в дозе 40 мг в сутки в течение трех-пяти дней.

Для коррекции калиевого обмена назначают диету, богатую солями калия (картофель, капуста, фасоль, горох, курага, говядина), хлорид калия по 1 г три раза в день, панангин или ас-

паркам по 1 табл. три раза в день. В качестве акцептора калия рекомендуется назначение оротовой кислоты.

Из производных ксантина используются теofilлин и эуфиллин. Первый в качестве мочегонного удачно применяется в комбинации с папаверином и дибазолом в виде таблеток (теодибаверин), по 1 табл. три-четыре раза в день. Эуфиллин, положительно влияющий на легочную гемодинамику, почечный и маточно-плацентарный кровоток, назначают в таблетках по 0,15 г три-четыре раза в день или в виде 2,4% раствора по 10 мл в сочетании с 5—10 мл физиологического раствора внутривенно один-два раза в день. Из-за выраженной болезненности и меньшей эффективности мы отказались от внутримышечного введения препарата. Следует помнить и о побочных явлениях эуфиллина — тахикардии, головокружении, головной боли, раздражении слизистых, диспептических расстройствах.

Как мы уже указывали, нормализация артериального давления достигается быстрее при комбинировании нескольких препаратов с различными точками приложения. Эффективны комбинации теодибаверина с 0,1 мг резерпина; 0,02 г фенобарбитала и 0,3 г темисала; 0,25 мг резерпина с 25 мг гипотиазида и др. Эти комбинированные препараты известны под названиями «эрпозид», «эрпозид-форте», «адельфан», «терболан», «бринердин».

Длительность терапии, как известно, определяется ее эффективностью. При неосложненном течении беременности проведения 10—14-дневного курса комплексной терапии бывает вполне достаточно для достижения нормотонии. Достижения нормотонии в некоторых случаях можно добиться приемом внутрь таблеток нитроглицерина (по 1 табл. через каждые 1,5—2 ч), для лучшей переносимости предварительно растворенных в 20—30 мл воды. Однако из-за возможности рецидива и прогрессирования артериальной гипертензии прекращение на этом лечения беременной женщины мы считаем нежелательным. Поэтому в следующие 5—7 дней нужно продолжить прием настоев лекарственных растений и небольших доз одного из сосудорасширяющих препаратов (папаверин, никоверин, но-шпа, никошпан, дибазол, папазол) по 1 табл. два-три раза в день, а затем перейти на пролонгированную фитотерапию. В сроке 28—36 недель прием сосудорасширяющих рекомендуется возобновить на две-три недели, включив сбор лекарственных растений с мочегонным, седативным и гипотензивным действиями (медвежья ушка, полевой хвощ, пустырник, валериана и др.).

Комплексная терапия IIА стадии гипертонической болезни (по А. Л. Мясникову), характеризующейся стабильным повыше-

нием артериального давления, легко снижающимся под воздействием гипотензивных препаратов, нередко требует включения более эффективных лекарственных средств — адренолитиков, симпатолитиков, центральных и периферических антисимпатикотоников, антагонистов альдостерона. Особенно острая необходимость в применении указанных групп препаратов возникает в тех ситуациях, когда у беременных с артериальной гипертензией той или иной этиологии (эссенциальная, уронефрогенная, эндокринная, центрогенная) развивается сочетанный токсикоз второй половины гестационного периода. Непосредственной целью терапии в таких ситуациях является удержание давления, прежде всего диастолического, на уровне ниже 90 мм рт. ст., а систолического — ниже 140 мм рт. ст.

Широкое применение в настоящее время у акушеров находят октадин (изобарин, исмелин, санотензин, гуанетидин), клофелин (гемитон, катапресан, клонидин), допегит (альфа-метилдопа, альдомет, пресиноп), спиронолактоны — альдактон, вероширон (Шехтман и др., 1977; Кушаковский, 1983).

Фармакодинамика симпатолитика октадина и клофелина, обладающего центральным и периферическим антисимпатикотоническим действием, во многом сходна: оба уменьшают тонус и общее периферическое сопротивление сосудов, увеличивают почечный кровоток, улучшают мозговое кровообращение и состояние сосудов глазного дна. Кроме того, клофелин обладает седативным действием, урежает частоту сердечных сокращений и увеличивает клубочковую фильтрацию, а октадин нормализует величину сердечного выброса. Оба лекарства эффективны в малых дозах при различных вариантах гипертонического синдрома. Применение их уменьшает необходимость парентерального введения других гипотензивных средств. Препараты нетоксичны, однако гуанетидин и его аналоги могут вызвать у плода аноксию или паралитический заворот кишок, которые часто ведут к его гибели.

Как рекомендуют М. М. Шехтман с соавторами (1977), лечение октадином следует начинать с малых доз: первые 3—4 дня по 1 табл. (25 мг) два раза в сутки; затем, в зависимости от эффекта, суточную дозу или уменьшают до 1,5 табл., или увеличивают до 3—4 табл. Снижение артериального давления наступает в среднем на третий день применения препарата. Курс лечения — 11—12 дней. Так как после приема октадина может развиваться ортостатическая гипотония, беременной необходимо двухчасовое пребывание в постели, измерять артериальное давление следует в положении лежа и стоя. Терапию клофелином начинают с приема 0,075 мг три раза в сутки; через 1—2 дня

дозу при необходимости можно либо уменьшить до полутора-двух таблеток, либо увеличить до четырех таблеток в сутки. Гипотензивный эффект проявляется быстро, но стабильная нормотония достигается обычно после трех дней лечения. Препарат весьма эффективен при терапии артериальной гипертонии в послеродовом периоде. Курс лечения — 8—9 дней.

По нашим наблюдениям, более быстро действует допегит, но он уступает октадину и клофелину по силе и продолжительности. Препарат реже вызывает ортостатическую гипотонию, улучшает почечное кровообращение, снижает уровень натрия в плазме и эритроцитах, увеличивает натрийурез и диурез, что чрезвычайно важно для беременных с сочетанными токсикозами. Допегит назначается в таблетках по 0,25 г один-четыре раза в день. По достижении нормального артериального давления «титруется» оптимальная поддерживающая доза. Необходимо напомнить, что допегит не рекомендуется сочетать с другими антиадренергическими препаратами (в частности, с октадином).

При явлениях гиперальдостеронизма для потенцирования действия других мочегонных препаратов, применяемых в лечении артериальной гипертонии, и коррекции возникающих при использовании салуретиков нарушений электролитного баланса показан прием антагониста альдостерона — верошпирона. Прием верошпирона в таких случаях мы обычно рекомендуем начинать с 2 табл. (по 25 мг каждая) три-четыре раза в день, постепенно уменьшая дозу до 2 табл. в сутки. Курсы — по 7—10 дней с аналогичными интервалами. Слабый диуретик, верошпирон наиболее эффективен в сочетании с триамтереном.

Терапия II стадии гипертонической болезни у беременных должна быть более интенсивной и комплексной, но с соблюдением принципа «малых доз». Для этого можно использовать комбинации лекарственных препаратов. Например: 0,25 г допегита с 25 мг гипотиазида; 0,1 мг резерпина с 25 мг гигротона; 0,01 г октадина с 25 мг гипотиазида; 0,075 мг гемитона с 0,1 мг резерпина и 20 мг фуросемида. В случаях упорной гипертонии применяется ганглиоблокатор пирилен по 5 мг с гипотиазидом по 25—50 мг при последующем переходе на октадин или клофелин с мочегонными.

Для усиления эффективности проводимого медикаментозного лечения мы используем метод дробной пролонгированной терапии с преимущественно пероральным введением лекарственного вещества. Суть метода заключается в том, что суточное количество необходимых препаратов (доза которых рассчитывается на 1 кг веса беременной и при плотности мочи ниже 1018 уменьшается вдвое) разделяется не на традиционные 3—4 при-

ма (утром, в обед, вечером и перед сном), а на каждые 1,5—2 ч. Этим обеспечивается, во-первых, постепенное, в меньших количествах пероральное введение лекарств, что менее травматично для слизистой желудка и психики больной, во-вторых, постоянное и равномерное присутствие в организме необходимых препаратов. По показаниям пероральный путь введения лекарств можно сочетать с парентеральным (табл. 2).

Таблица 2

Схема пероральной дробной терапии артериальной гипертонии

Лекарственные вещества	Часы приема								Всего
	8	10	12	14	16	18	20	22	
Настои из лекарственных растений, мл	100	—	—	100	—	—	100	—	300 мл
Фуросемид, табл. по 40 мг	1	—	—	—	—	—	—	—	40 мг
Клофелин, табл. по 0,075 мг	1/2	—	—	—	1/2—1	—	1	—	0,2 мг
Резерпин, табл. по 0,1 мг	—	1	—	1	—	1	—	1	0,4 мг
Седуксен, табл. по 5 мг	—	—	—	—	—	—	—	1	5 мг
Панангин, табл.	2	—	2	—	1	—	1	—	6 табл.

Например: в 7 ч утра назначается хлористый калий 1 г; 8 ч — фуросемид 40 мг, клофелин 0,075 мг; 10 ч — резерпин 0,1 мг; 12 ч — клофелин 0,075 мг, хлористый калий 1 г; 14 ч — резерпин 0,1 мг, седуксен 5 мг; 16 ч — 0,075—0,15 мг клофелина; 18 ч — хлористый калий 1 г, резерпин 0,1 мг; 20 ч — 0,075—0,15 мг клофелина; 21 ч 30 мин — седуксен 5 мг; 22 ч — резерпин 0,1 мг.

При таком методе парентерального приема лекарств необходим как минимум четырехкратный контроль уровня артериального давления (в 8, 12, 16 и 20 ч).

Переход на монотерапию (оттированные дозы препаратов раувольфии, клофелина, допегита и др.) возможен лишь при стойком гипотензивном эффекте.

Гипертонический криз

К ургентным состояниям в клинике болезней сердца и сосудов следует отнести гипертонический криз, сердечную астму, отек легких и др. Они создают ситуацию, крайне неблагоприятную для всех компонентов, составляющих систему мать — плацента — плод. Остро развившиеся или быстро прогрессирующие

расстройства гемодинамики в беременном организме чреват трагическими последствиями не только для матери. Вследствие гипоксемии, резкого нарушения маточно-плацентарного кровотока, повышения контрактильной активности миометрия жизнь плода также ставится под угрозу. Поэтому необходимо значительное и оперативное расширение обычного объема средств медикаментозного воздействия. Однако при неотложной терапии должно учитываться состояние плода.

Наиболее выраженное проявление, «сгусток» гипертонической болезни — гипертонический криз при беременности может иметь тяжелые последствия как для матери, так и для плода. Печальный опыт показывает, что на фоне резко повышенного артериального давления могут наблюдаться инфаркты и отслойка плаценты, преждевременные роды, гибель плода, эклампсия, острая левожелудочковая недостаточность, отслойка сетчатки, нарушение мозгового кровообращения и др.

В прогностическом отношении в акушерстве наиболее неблагоприятным считается повышение диастолического давления.

При кризах I типа, протекающих бурно и наблюдаемых обычно в начальных стадиях гипертонической болезни, неотложную терапию можно начинать с применения внутривенной инъекции 5—6 мл 1% раствора дибазола, внутримышечного введения 10 мл 25% раствора сульфата магния и 2 мл 1% раствора лазикса (20 мг).

Для ускорения и потенцирования гипотензивного эффекта внутримышечно вводится 2—3 мл 0,25% раствора дроперидола, обладающего миотропным, седативным и противорвотным действиями, проявляющимися быстро, но непродолжительно. При его использовании необходимо помнить о возможных неврологических осложнениях экстрапирамидного происхождения (при сохраненном сознании чувство напряжения, судорожные явления со стороны языка и глотательной мускулатуры, тахикардия, тахипноэ, выраженная акатазия), объединенных в так называемый синдром Куленкамппфа—Тарнова. Это осложнение лекарственной терапии не представляет опасности для жизни больной, и для его ликвидации можно применить атропин, кофеин, циклодол (ортан, ромпаркин), обзидан, индерал, седуксен, барбитураты (Ланцев, Архангельский, 1977).

В терапии артериальной гипертонии, протекающей с тахикардией и увеличением сердечного выброса, находят применение бета-блокаторы, в частности обзидан, которые наряду со спазмолитическим эффектом и уменьшением возбудимости миокарда усиливают сократительную функцию матки. Благодаря сочетанию этих свойств обзидан используется для родовозбуж-

дения у беременных с повышенным артериальным давлением. Однако в более ранние сроки и особенно при угрозе прерывания беременности от него, естественно, следует отказаться.

При недостаточном гипотензивном эффекте в терапию криза мы включаем клофелин, ганглиоблокаторы (пентамин и бензогексоний), альфа-адреноблокаторы (тропафен и фентоламин).

Клофелин вводят по 1 мл (0,1 мг) внутримышечно либо в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно очень медленно, не менее 10 мин. При внутривенной инфузии препарат может сначала вызвать кратковременное повышение артериального давления, а затем продолжительную нормотонию.

Пентамин, уменьшающий общее периферическое сопротивление сосудов, венозное давление и гипертензию в легочной артерии и снижающий двигательную активность кишечника, вводится по 1—2 мл 5% раствора внутримышечно или по 0,5—1 мл в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия в течение не менее 5 мин под контролем артериального давления. Действие и парентеральное применение бензогексония (по 1 мл 2% раствора) аналогичны пентамину.

Тропафен, расширяя артериолы и прекапилляры, уменьшает общее периферическое сосудистое сопротивление и быстро снижает кровяное давление. Вводится по 1 мл 1% или 2% раствора подкожно, внутримышечно и в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия медленно в вену. Действие и применение фентоламина (регитина) аналогичны тропифену, но во время беременности он менее эффективен.

Известно, что при значительной артериальной гипотонии уменьшается перфузионное давление, и кровоток в сосудах матки снижается. Мы убедились, что указанные препараты (гемитон, пентамин, бензогексоний, тропифен, фентоламин) обычно хорошо переносятся больными. Однако во избежание нарушений маточно-плацентарного кровотока, а также коронарных и цереброваскулярных расстройств в результате сосудистой гипотонии, вызванной этими медикаментами, более безопасным и управляемым следует считать их капельное внутривенное введение. Инфузию начинают с 50—60 капель в минуту под контролем артериального давления. При давлении 140/100, 130/95 мм рт. ст. либо уменьшают скорость инфузии до 20—25 капель в минуту, либо отключают капельницу.

При резком снижении артериального давления капельница переключается на заранее приготовленный полиглюкин или 5% раствор глюкозы с норадреналином, мезатоном или ангиотензиномидом.

Адреномиметик норадреналин обладает сильным сосудосуживающим и прессорным действиями. Вводят внутривенным капельным способом по 1 мл 0,2% раствора со скоростью 20—60 капель в минуту, проверяя каждые две минуты уровень артериального давления. При попадании препарата под кожу возможно развитие некроза.

Мезатон, стимулятор альфа-адренорецепторов, обладающий антиаритмическим и прессорным действием, в виде 1% раствора по 0,5—1 мл можно применять как внутривенно, так и подкожно и внутримышечно.

Ангиотензинамид (гипертензин, ангиотензин II) является одним из регуляторов артериального кровяного давления, обладающим мощным прессорным эффектом, он чрезвычайно быстро разрушается в крови. Препарат применяется по 1—2 мг (один-два флакона лиофилизированного вещества) внутривенным капельным способом со скоростью введения от нескольких до 20—40 и более капель в минуту. При этом необходим постоянный контроль за уровнем артериального давления, так как передозировка вызывает сосудистые реакции, напоминающие гипертонический криз.

При гипертоническом кризе II типа, характеризующемся постепенным и стойким повышением артериального давления, целесообразно назначение внутрь допегита по 0,25 г в сочетании с 25 мг гипотиазида до трех-четырех раз в сутки и проведение повторных инъекций 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии внутримышечно, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно.

Хороший эффект, особенно при наличии признаков начинающейся нефропатии, дает применение 1 мл 0,1% или 0,25% раствора рауседила внутримышечно или медленно в вену два-три раза в день в комбинации с гипотиазидом по 25 мг и верошпироном по 50 мг три раза в день.

Из осмотических диуретиков наиболее эффективен 20% раствор маннитола в изотоническом растворе хлорида натрия в дозе 1 г сухого вещества на 1 кг веса внутривенно капельно.

При затяжном течении гипертонического криза заметного снижения артериального давления можно достичь внутривенной капельной инфузией 100—150 мл 4% раствора бикарбоната натрия один раз в два-три дня, потенцирующего действие других гипотензивных препаратов и улучшающего кислотно-щелочное состояние плода.

Для снижения артериального давления, нормализации маточно-плацентарного, коронарного и почечного кровотока, ухудшающихся при гипертонических состояниях, используют куран-

тил. Препарат вводят по 20—80 мг в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно (не смешивая с другими медикаментами!) два-три раза в день.

Во всех случаях терапии гипертонических кризов показаны ингаляции карбогена, оказывающего положительное влияние как на плацентарный кровоток, так и на кислотно-щелочное состояние плода.

Сердечная астма

Во время беременности, особенно в сроки 28—36 недель, когда сердечно-сосудистая система испытывает максимальное напряжение, у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями могут развиваться явления острой сердечной недостаточности. По классификации А. Л. Мясникова, сердечная недостаточность делится на: 1) недостаточность от перенапряжения и 2) недостаточность от повреждения. У беременных женщины причинами развития острой левожелудочковой недостаточности вследствие перенапряжения левых отделов сердца являются гипертоническая болезнь, тяжелые нефропатии, аортальные и митральные (чаще стеноз митрального отверстия) пороки сердца, острое физическое напряжение, а вследствие повреждения — острый миокардит, рецидивы ревматического миокардита, длительные приступы пароксизмальной тахикардии, острые нефриты. Основными клиническими синдромами острой левожелудочковой недостаточности являются сердечная астма и ее кульминация — отек легких.

Комплекс неотложных мероприятий при сердечной астме направлен на: 1) снижение возбудимости дыхательного центра; 2) увеличение сократительной способности миокарда левого желудочка; 3) уменьшение гипертензии в малом круге кровообращения.

Женщине придается возвышенное или сидячее положение. Для уменьшения притока крови к сердцу на три конечности накладываются жгуты, которые необходимо поочередно сменять каждые 5—10 мин. При помощи носового катетера или маски подается кислород или смесь кислорода с закисью азота в соотношении 1:1. Хорошим купирующим эффектом (снижение возбудимости дыхательного центра и уменьшение одышки) обладает аналог морфия — промедол, 2% раствор которого в количестве 1—2 мл вводится подкожно или внутривенно. Применение морфина, проникающего через плаценту и вызывающего у плода дыхательную депрессию, в этом случае нежелательно. При выраженной артериальной гипотонии от введения промедола также следует воздержаться.

Весьма уместным на этом этапе лечения является внутримышечное введение 2 мл 0,25% раствора дроперидола, оказывающего мощный транквилизирующий и седативный эффект, а также стабилизирующее влияние на гемодинамику.

Для уменьшения нагрузки на сердце используются диуретики, в частности фуросемид (лазикс) по 40 мг внутрь (2 мл внутримышечно или внутривенно).

Для улучшения легочного кровообращения внутривенно медленно, в течение 5 мин, вводится 5—10 мл 2,4% раствора эуфиллина с 10 мл изотонического раствора в одном шприце. Более эффективно его капельное введение. Эуфиллин расширяет артериолы малого круга кровообращения, снижает давление в легочной артерии, снимает спазм бронхиол и улучшает легочную вентиляцию. Этим же целям служит но-шпа, обладающая коронарорасширяющим действием и уменьшающая легочную гипертензию. Но-шпа вводится по 2—4 мл 2% раствора внутривенно или внутримышечно в сочетании с седативными и анальгетиками (седуксен, анальгин).

С целью уменьшения проницаемости капилляров легких внутривенно медленно вводится 20 мл 10% раствора хлористого кальция. В некоторых случаях хлористый кальций можно заменить внутримышечным введением 10% раствора глюконата кальция. Укреплению сосудистой стенки способствует аскорбиновая кислота, 5% раствор которой в количестве 5—6 мл вводится внутривенно в изотоническом растворе или 5% растворе глюкозы.

В терапии острой левожелудочковой недостаточности ведущее место занимают сердечные гликозиды. Лучшим из них является строфантин, назначаемый главным образом внутривенно по 0,5—1 мл 0,05% раствора в 10 мл физиологического раствора. При необходимости (противопоказания — выраженный стеноз митрального отверстия, атриовентрикулярная блокада, брадикардия) строфантин можно заменить внутривенным введением либо 1 мл 0,06% раствора коргликона, либо 2 мл 0,025% раствора дигоксина.

В тех случаях, когда сердечная астма развилась на фоне гипертонического синдрома, особенно при сочетанных токсикозах, показано внутривенное введение 6—8 мл 1% раствора дибазола. При таком пути введения гипотензивное действие лекарства проявляется через 10—20 мин. Препарат не вызывает побочных действий и при необходимости может быть введен повторно через 1—3 ч в той же дозе.

При нарушении сознания и судорогах большое значение имеет применение сернокислой магнезии, оказывающей дегидрата-

ционное действие на ткани мозга и угнетающей дыхательный центр (уменьшает одышку). Целесообразность применения препарата обусловлена также дефицитом магния в плазме крови беременных, 25% раствор сернокислой магнезии в количестве 10 мл вводят внутримышечно. При необходимости инъекцию повторяют через 3—4 ч. Учитывая угнетающее влияние на контрактильную активность матки, указанный препарат не стоит применять на исходе беременности.

В тех ситуациях, когда проведенная гипотензивная терапия малоэффективна и имеется угроза перехода сердечной астмы в отек легких, с успехом используется фармакологическое «бескровное кровопускание» с помощью арфонада или гигрония. Препараты вводятся по 50 мг в 100 мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 50—60 капель в минуту. Уже через 5—8 мин после начала инфузии отмечается нужный эффект. В связи с быстрым разрушением препаратов их действие прекращается через 4—6 мин. Снижать давление нужно постепенно, под строгим контролем артериального давления и не ниже 140/90—130/80 мм рт. ст.; в зависимости от степени снижения артериального давления скорость введения уменьшают до минимума (25—30 капель в минуту), при котором поддерживается нужный уровень давления. При резкой гипотонии капельница с ганглиоблокаторами отключается и безотлагательно вводятся реополиглюкин с норадреналином и эфедрином.

Если больным уже вводили ганглиоблокирующие средства (пентамин) или производные раувольфии (рауседил, резерпин), то при использовании арфонада и гигрония необходимо соблюдать особую осторожность во избежание эффекта потенцирования.

Для улучшения трофики миокарда и его энергетического баланса показано применение кокарбоксилазы по 100 мг внутривенно или внутримышечно, 1—2 мл 1% раствора АТФ внутримышечно, 10 мл панаангина внутривенно, 200 мл поляризующей смеси внутривенно капельно с 2—3 ЕД инсулина, 2—4 мл 0,5% раствора курантила медленно в вену, не смешивая с другими препаратами.

Отек легких

Отек легких — тяжелейшее, угрожающее жизни состояние, требующее немедленного, интенсивного и патогенетического лечения. В настоящее время методы борьбы с отеком легких у беременных достаточно разработаны (Ванина, 1971; Луценко, 1980), что позволяет при своевременном начатых реанимационных

мероприятиях сохранить жизнь многим больным. Последовательность терапии при этом должна корректироваться в каждом конкретном случае в зависимости от основного заболевания. В общих чертах она повторяет цель неотложных мероприятий при сердечной астме.

Больной придается возвышенное или сидячее положение, на нижние конечности накладываются жгуты, к ногам кладут грелки или делают ножные ванны.

Восстановление проходимости дыхательных путей достигается ингаляцией смеси кислорода с пеногасителем антифомсиланом при помощи газонаркозного аппарата. При явлениях асфиксии от пены, когда больная «утопает в собственных соках», можно ввести интратрахеально на вдох 1—2 мл 70° этилового спирта через прокол первого-второго межкошечных промежутков. В последующем необходимо длительное ингалирование кислорода с парами этилового спирта. Внутривенно вводится 1—2 мл 2% раствора промедола.

Для устранения тяжелых гемодинамических расстройств внутривенно вводятся сердечные гликозиды (0,5—1 мл 0,05% раствора строфантина или 2 мл 0,025% раствора дигоксина), 10 мл 2,4% эуфиллина в смеси с 10 мл физиологического раствора, внутримышечно — 2—4 мл 0,25% раствора дроперидола.

С целью быстрого уменьшения объема плазмы, способствующего переходу трансудата из просвета альвеол в кровяное русло, внутривенно вводится 2 мл 1% раствора лазикса, диуретический эффект которого проявляется уже через 10 мин (Лебедев, 1984), 30—60 г маннитола в 200—400 мл физиологического раствора капельно.

При артериальной гипертонии внутривенно медленно, в течение 5 мин, под контролем артериального давления шприцем вводится 1 мл 5% раствора пентамина в 20 мл изотонического раствора. Не рекомендуется снижать давление ниже 130/90 мм рт. ст., так как возможно продолжение гипотензивного действия препарата после прекращения его инфузии. Более эффективна и безопасна управляемая гипотония при помощи ганглиоблокаторов ультракороткого действия — арфонада или гиргония. Особенности применения этих лекарств изложены выше.

Уменьшение проницаемости капилляров легких достигается применением внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида кальция и 6—8 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.

Для предотвращения истощения коры надпочечников (при отсутствии артериальной гипертонии) применяется внутривенная инфузия 30—60 мг преднизолона или 4—8 мг дексазона.

Метаболический ацидоз ликвидируется капсельным внутривенным введением 200 мл 4% раствора бикарбоната натрия (после инфузии возможно снижение артериального давления).

При отсутствии эффекта от проводимой терапии необходимо произвести интубацию трахеи и искусственную вентиляцию легких. При рецидивирующем течении отека у беременных с митральным стенозом показана экстренная митральная комиссуротомия с последующей операцией кесарева сечения.

По ликвидации наиболее опасных явлений острой левожелудочковой недостаточности для продолжения активной терапии основного заболевания и контроля за жизненно важными функциями организма женщины и состоянием внутривитробного плода необходимо совместное участие кардиолога, реаниматолога и акушера (лучше в условиях палаты интенсивного наблюдения).

Мочевыделительная система

В структуре экстрагенитальной заболеваемости болезни почек у беременных занимают одно из ведущих мест. Пиелонефрит и гломерулонефрит — вот те патологические состояния, влияние которых на беременность наиболее существенно.

Иммунологическая напряженность и гормональная перестройка при беременности, в свою очередь, нередко способствуют активации патологического процесса в почках.

Пиелонефрит

Установлено, что женщины болеют пиелонефритом в пять раз чаще, чем мужчины. Практика показывает, что при беременности развитие или обострение латентной формы пиелонефрита преимущественно наблюдаются в сроки 22—28 и 38—40 недель, а также в послеродовом периоде. Терапия этого распространенного среди беременных и родильниц заболевания осложняется его затяжным характером, склонностью к рецидивам в указанные «опасные» сроки беременности и в послеродовом периоде. Среди факторов, обуславливающих нестойкий эффект терапии, — появление резистентных форм бактерий, низкие концентрации препаратов в плазме крови и моче, образование в почечной ткани микроабсцессов и рубцов, в которые не проникает лекарство, и др. Существенным фактором при беременности является нарушение пассажа мочи и изменение реактивности организма вследствие гормональной перестройки. Комплекс лечебных мероприятий при пиелонефрите у беременных, кроме организации общего и двигательного режима, диеты и водно-солевого режима, должен включать меры, направленные на восстановление

оттока мочи и стимуляцию защитных сил организма, а также специальную медикаментозную терапию: антибактериальные средства, лекарства с антибактериально-противосклеротическим по отношению к почкам действием, лекарственные растения с противовоспалительным, бактериостатическим и бактерицидным свойствами, симптоматические средства. Важным звеном этого лечебного комплекса считается санация местных экстраренальных очагов инфекции. Индивидуализация терапевтической тактики с учетом срока беременности является непременным условием успешной борьбы с гестационным пиелонефритом.

Терапия пиелонефрита, особенно в первом триместре беременности, должна быть максимально щадящей для плода и в то же время достаточно энергичной. Основная роль в ней принадлежит антибактериальным и противовоспалительным лекарствам, включающим антибиотики, химиопрепараты и неспецифические средства. Ведущим компонентом в этом комплексе является антибиотикотерапия (Шехтман, 1980). Выбор антибиотиков зависит от срока беременности и их способности проникать через плаценту, наличия эмбриотоксического и тератогенного свойств, аллергологического анамнеза, степени выраженности побочного действия в отношении материнского организма и чувствительности к ним микробной флоры мочи. Абсолютного плацентарного барьера для антибиотиков не существует, и у большинства из них трансплацентарная проходимость увеличивается по мере прогрессирования беременности, достигая максимума к моменту родов (Соловьев, Бережинская, 1974).

В терапии пиелонефрита у беременных в настоящее время используются природные и полусинтетические пенициллины (бензилпенициллин, ампициллин, карбенициллин, оксациллин, ампиокс), цефалоспорины (цефалоридин, цефалексин, цефазолин), макролиды (эритромицин, линкомицин, олеандомицин). При назначении антибиотиков надо иметь в виду, что некоторые из них могут влиять на тономоторную функцию матки. Так, ампициллин, угнетая биогенез эстриола, может усугублять угрозу прерывания беременности, а линкомицин, тормозя процесс передачи импульсов с нерва на мышцу, способствует миорелаксации и тем самым пролонгированию беременности. Следовательно, ампициллин не показан при угрозе выкидыша, а линкомицин не следует применять в конце беременности.

Из-за эмбриотоксического и тератогенного эффектов во время беременности не должны применяться антибиотики тетрациклинового ряда, левомицетин, стрептомицин и аминогликозиды (канамицин, гентамицин). Тетрациклины вызывают у плода замедление роста костей, гипоплазию и дисколорацию зубов,

жировую дистрофию печени и извитых канальцев почек. Отрицательное влияние левомицетина выражается в развитии у плода лейкопении, агранулоцитоза, гипопластической анемии, а у ребенка — «серого синдрома новорожденного». Использование стрептомицина и аминогликозидов чревато поражением у плода VIII пары черепно-мозговых нервов (Минасова и др., 1975).

Необходимо учитывать такие негативные стороны действия некоторых антибиотиков на будущую мать, как нефротоксичность (цефалоризин, ристомидин, ванкомицин, канамицин, гентамицин), гепатотоксичность (эритромицин, олеандомицин, рифамицин), миелотоксичность (метициллин, цефалоспорины, макролиды, левомицетины, тетрациклины), сдвиги экологического равновесия в кишечнике (Навашин, Фомина, 1982).

Назначая антибиотики, следует учитывать характер мочевой флоры и ее чувствительность к антибиотикам по данным антибиотикограммы. Так, пенициллины проявляют активность в отношении как грамположительной, так и грамотрицательной флоры (протей, клебсиеллы, стафилококки); цефалоспорины также действенны в отношении грамположительной и грамотрицательной флоры (клебсиеллы, протей, стафилококки, эшерихии); макролиды подавляют рост преимущественно грамположительных форм микробов (кокки). При выборе дозы антибиотиков во время беременности нужно учитывать массивность бактериурии и суммарную функциональную способность почек, оцениваемую по относительной плотности мочи: при удельном весе 1018—1020 назначаются обычные дозы, при гипостенурии доза препаратов уменьшается в 2—4 раза (Шехтман, 1980).

В целях достижения лекарственного синергизма для усиления лечебного эффекта необходимо назначать различные комбинации антибиотиков с разными механизмами действия. В случае отсутствия клинического эффекта в течение двух-трех дней необходимо сменить препараты. При этом один из компонентов новой комбинации можно ввести внутривенно, например, ампициллин, а другой — внутримышечно, например, сизомицин (Пророкова, Мясникова, 1976). Эффективность антибиотикотерапии повышают малые дозы салуретиков (например, 20 мг фуросемида), способствующих эвакуации из почечной ткани воспалительного детрита (Шехтман, 1980), а также изменение рН мочи, неблагоприятно действующего на микроорганизмы, путем чередования каждые 4—7 дней белковой (подкисляющей) и растительной (ощелачивающей) пищи.

Для предупреждения дисбактериоза назначаются витамины группы В, колибактерин, мексаза, мексаформ, сухая простокваша, кислые молочные продукты.

Из-за ограниченного применения антибиотиков во время беременности и для усиления «суммарного бактерицидного эффекта» (Пророкова, Мясникова, 1976) целесообразно сочетать их с такими препаратами, как этазол, альбуцид, уросульфамин, фурагин, фурадонин, 5-НОК, нитроксолин, невиврамон.

Этазол, альбуцид, уросульфамин являются наименее нефротоксичными представителями сульфаниламидов, в достаточной дозе оказывающими бактерицидное действие в отношении кишечной палочки, энтерококка, протей и стафилококка. Во время беременности противопоказан прием пролонгированных сульфаниламидных препаратов (мадрибон, сульфамониметоксин, сульфацидазин), так как они могут вызвать у плода ядерную желтуху, врожденный агранулоцитоз, билирубиновое пропитывание мозговой ткани, трахеопищеводные фистулы, уродства нервной и сердечно-сосудистой системы. Сульфаниламиды короткого действия рекомендуется принимать несколькими циклами 7—10 дней с перерывом 3—4 дня.

Фурагин, фуразолин, фурадонин, фуразолидон, относящиеся к группе нитрофурана, эффективны в отношении грамположительной и грамотрицательной флоры. Длительность непрерывного приема 10—15 дней. Необходимо помнить, что при продолжительном применении нитрофураны обуславливают дефицит витаминов группы В и С у матери и ядерную желтуху у плода, особенно в последние два месяца беременности.

Невиврамон, или налидиксовая кислота, обладает высокой антибактериальной активностью в отношении кишечной палочки, протей и клебсиеллы и эффективен в случаях острого и рецидивирующего течения пиелонефрита. Препарат не рекомендуется применять сразу после курса нитрофуранов, так как в этих случаях он менее действен. При беременности длительное (более двух недель) использование невиврамона нежелательно из-за возможного развития у плода жировой дистрофии печени.

5-НОК — нитрооксихинолин — активно подавляет грамположительную и грамотрицательную флору мочевыводящих путей и грибы рода кандиды, благоприятно влияет на репаративные процессы в интерстиции. При наличии почечной недостаточности возможна кумуляция лекарства. Аналогичны свойства у отечественного препарата нитроксолина.

В период стихания воспалительного процесса при наличии в моче колиинфекции применяется никодин — производный никотиновой кислоты.

Для снятия болевого синдрома, улучшения пассажа мочи и почечного микрокровотока назначаются баралгин, папаверин,

но-шпа, никотиновая кислота и ее производные (никошпан, ни-коверин), курантил (дипиридомол).

Медикаментозную терапию необходимо сочетать с витаминами А, С, группы В, стимулирующими средствами (дибазол, МАП, оротат калия, настойки родиолы розовой, элеутерококка, женьшеня).

Видное место в лечении пиелонефрита у беременных должна занимать фитотерапия. Лекарственные растения, обладающие бактериостатическим, бактерицидным, противовоспалительным, гемостатическим, диуретическим свойствами, применяют в виде отваров, настоев, кислородных коктейлей. В фазе активного воспаления целесообразно применение растений преимущественно антибактериального и противовоспалительного действия (толокнянка, шалфей, шиповник, зверобой, крапива, ромашка и др.). Приводим несколько рецептов отваров из лекарственных растений, рекомендуемых при острой фазе пиелонефрита:

Рецепт. Пустырник (трава) — 1 ч. л.; зверобой (трава) — 1 ч. л.; фиалка трехцветная (трава) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ч. л.; шиповник (плоды измельченные) — 2 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды по 2 месяца с 14-дневными перерывами на протяжении всей беременности.

Рецепт. Зверобой (трава) — 2 ч. л.; мочегонный чай — 2 ч. л.; мята (трава) — 1 ч. л.; подорожник (листья) — 1 ч. л.; кукурузные рыльца — 2 ч. л.; ноготки (цветы) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Береза (почки) — 1/2 ч. л.; хмель (шишки) — 1/2 ч. л.; толокнянка (листья) — 2 ч. л.; брусника (листья) — 2 ч. л.; подорожник (листья) — 2 ч. л.; крапива (трава) — 2 ч. л.; шиповник (плоды) — 1 ст. л.; хвощ (трава) — 1 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Шалфей (листья) — 1 дес. л.; толокнянка (листья) — 2 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ч. л.; ромашка (цветы) — 2 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

В дальнейшем осуществляется переход на сборы с противовоспалительным, вяжущим, тонизирующим и слабобогенерирующим действиями. В период ремиссии должны быть рекомендова-

ны лекарственные растения с выраженным воздействием на процессы регенерации.

Рецепт. Одуванчик (корень) — 1 ч. л.; береза (почки) — 1 ч. л.; ромашка (цветы) — 1 ч. л.; крапива (листья) — 1 ч. л.; брусника (листья) — 2 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 350 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Горичвет весенний (трава) — 2 ч. л.; толокнянка (листья) — 1 ст. л.; береза (почки) — 2 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ст. л. Смешать, кипятить 5 мин в 500 мл воды, настоять 10 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Солодка (корень) — 1 ч. л.; можжевельник (ягоды) — 1 ч. л.; хвощ (трава) — 1 ст. л.; зверобой (трава) — 1 ч. л.; трифоль (Вахта, листья) — 1 ч. л.; тысячелистник (трава) — 2 ч. л. Смешать, настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды 2 месяца с 14-дневными перерывами.

В первом триместре беременности при терапии острой фазы пиелонефрита в нашей практике находят применение бензилпенициллин в суточной дозе 6 млн ЕД (по 1,5 млн ЕД четыре раза в день) внутримышечно, карбенициллин по 1 г четыре раза в день на протяжении 8—10 дней. Параллельно назначаются витамины группы В (В₁, В₂, В₆, В₁₅). Из числа нитрофуранов лучше всего использовать фурагин по 0,1 г четыре раза в день в течение двух недель. Применяются также этазол или альбуцид по 0,5 г четыре раза в день в течение 10 дней.

При симптоматической терапии мы применяем баралгин внутрь по 1—2 табл. три раза в день или внутримышечно по 5 мл один-два раза в день, папаверин внутрь по 0,04 г четыре раза в день или внутримышечно по 2 мл 2% раствора два раза в день, но-шпу внутрь по 1 табл. четыре раза в день или внутримышечно по 2 мл два раза в день. Назначаем также никотиновую кислоту (0,05 г) по 1 табл. и курантил (25 мг) по 2 табл. четыре раза в день.

Терапия артериальной гипертонии осуществляется методами, описанными выше.

При гиперазотемии используется леспенефрил по 50—200 капель в сутки. Для ликвидации явлений интоксикации внутривенно капельно применяется гемодез по 200—400 мл в сутки (два-три раза), аскорбиновая кислота внутрь по 0,2 г четыре раза в день или внутривенно по 2 мл 5% раствора в 10—20 мл 40% раствора глюкозы.

Начатую одновременно с медикаментозными средствами фитотерапию необходимо продолжать непрерывно до конца беременности и в послеродовом периоде. В «опасные» сроки беременности и после перенесенных интеркуррентных инфекций при присоединении позднего токсикоза и признаках гипотрофии плода на фоне постоянного применения фитотерапии с превентивной целью вновь назначаются препараты противовоспалительного и антибактериального действия курсами по 10—14 дней (нитрофураны, сульфаниламиды, налидиксовая кислота, 5-НОК и т. д.). Таким образом будет осуществляться метод прерывисто-непрерывного лечения пиелонефрита у беременных, необходимый для профилактики возможных рецидивов заболевания (Шардин и др., 1983).

При данной нозологической форме также целесообразно использовать пролонгированный дробный прием препаратов (табл. 3).

Таблица 3

**Схема пролонгированной дробной терапии пиелонефрита
в I триместре беременности**

Лекарственные вещества	Часы приема								Всего
	8	10	12	14	16	18	20	22	
Перорально									
Настои из лекарственных растений, мл	100	—	—	100	—	—	100	—	300мл
Курантил, табл. по 25 мг	2	—	2	—	2	—	2	—	200мг
Фурагин, табл. по 0,1 мг	—	1	—	1	—	1	—	1	0,4 мг
Седуксен, табл. по 5 мг	—	—	—	—	—	—	—	1	5 мг
Парентерально									
Пенициллин, внутримышечно, млн ЕД	1—1,5	—	1—1,5	—	1—1,5	—	1—1,5	—	4—6 млн ЕД

Во втором—третьем триместрах беременности объем средств медикаментозного воздействия при пиелонефрите значительно расширяется. Здесь становится возможным (с известной мерой осторожности) применение полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов, макролидов.

Ампициллин назначается внутримышечно по 500 мг три-четыре раза в день и внутривенно по 500 мг один раз в день в течение 8—10 дней. Аналоги ампициллина пениберин и пентрексил используются перорально по 500 мг четыре раза в день курсами по 8—10 дней. Из других пенициллинов у нас находит применение оксациллин. Препарат более всего показан в третьем триместре беременности, так как его плацентарная проходимость, в отличие от других антибиотиков, к концу беременности не увеличивается, а уменьшается. Оксациллин назначается внутрь в капсулах или таблетках по 0,25 г четыре-шесть раз в сутки за час до еды или через 2—3 ч после еды и внутримышечно по 0,5 г в дистиллированной воде шесть раз в сутки.

При беременности применяются цефалоспорины: цефалоридин (цепорин) и менее токсичный цефалексин (цепорекс). Цефалоридин назначается внутримышечно по 0,5 г четыре раза в день в течение 4—8 дней, цефалексин — по 0,25 г шесть раз в день в течение 8—10 дней.

При наличии кокковой флоры в моче следует использовать антибиотики группы макролидов. Эритромицин назначается внутрь по 0,1—0,25 г через 4—6 ч за 1—1,5 ч до еды в течение 8—10 дней. Фосфат олеандомицина применяют перорально (по 250 мг четыре-шесть раз в сутки на протяжении 8—10 дней). Тетраомам применяется внутримышечно по 20—30 мг два-три раза в день и внутривенно капельно (в изотоническом растворе хлорида натрия из расчета 2 мг препарата на 1 мл раствора). При внутримышечном введении препарат оказывает сильное местное раздражающее действие, что заставляет воздержаться от этого способа применения. Длительность парентерального использования препарата должна определяться достигаемым терапевтическим эффектом. Гидрохлорид линкомицина назначается внутрь три-четыре раза в сутки по 500 мг, внутримышечно два-три раза в сутки по 300—600 мг, внутривенно капельно два раза в сутки по 600 мг, растворенный в 250 мл 5% глюкозы, в течение двух часов.

В лечении пиелонефрита иногда применяются аминогликозиды — канамицин и гентамицин (Шехтман, 1980), обладающие широким противомикробным спектром действия. Однако, учитывая их высокую ото- и нефротоксичность, использование указанных препаратов для лечения беременных с уроднефрологической патологией вряд ли можно считать целесообразным.

Для усиления бактерицидного эффекта антибиотиков во II—III триместрах беременности в медикаментозную терапию включаются: 5-НОК (таблетки по 0,05 г), нитроксалин (таблетки по 0,05 г), невигамон (капсулы по 0,5 г), уросульфам (таблетки

по 0,5 г). Как советует М. М. Шехтман (1980), первые три препарата можно использовать по схеме: 1—4-й день по 2 табл. (капсулы) четыре раза в день, последующие 10 дней — по 1 табл. (капсуле) четыре раза в день.

Способы коррекции нарушений микрососудистого русла, сопровождающих болезни почек, изложены в 5-й главе.

Схема пролонгированной дробной терапии во втором и третьем триместрах беременности отражена в табл. 4.

Таблица 4

Схема пролонгированной дробной терапии пиелонефрита во II—III триместрах беременности

Лекарственные вещества	Часы приема								Всего
	8	10	12	14	16	18	20	22	
Перорально									
Настои из лекарственных растений, мл	100	—	—	100	—	—	100	—	300 мл
Невиграмон, капсула по 0,5 г	1	—	1	—	1	—	1	—	2 г
Фуросемид, табл. по 40 мг	1	—	—	—	—	—	—	—	40 мг
Панангин, табл.	1	—	1	—	1	—	1	—	4 табл.
Никотиновая кислота, табл. по 0,05 г	—	1	—	1	—	1	—	1	0,2 г
Аскорбиновая кислота, табл. по 0,1 г	—	1	—	1	—	1	—	1	0,4 г
Элениум, табл. по 5 мг	—	—	—	—	—	—	—	1	5 мг
Парентерально									
Ампиокс внутримышечно, г	—	0,5	—	—	0,5	—	0,5	0,5	2 г

В послеродовом периоде обычно используются природные полусинтетические пенициллины, нитрофураны, налидиксовая кислота, 5-НОК, бисептол-480. В пуэрперии следует с осторожностью применять мочегонные средства (фуросемид, гипотиазид, бринальдикс и др.) во избежание у матери тромбоэмболических осложнений и уменьшения лактации.

При бактериологическом исследовании мочи у практически здоровых лиц нередко обнаруживаются бактерии. Бессимптомная бактериурия у женщин наблюдается в четыре раза чаще, чем у мужчин. Бессимптомная бактериурия, при ко-

торой свыше 100 тыс. бактериальных тел определяется в 1 мл свежей мочи, взятой из средней порции струи, называется достоверной. Достоверная бессимптомная бактериурия во время беременности почти всегда указывает на инфекцию мочевых путей и нередко предшествует активному пиелонефриту, поэтому она требует обязательного систематического лечения.

В подобных случаях, как и при пиелонефрите, мы применяем метод прерывисто-непрерывного лечения. После установления чувствительности выделенной микрофлоры на фоне постоянного приема сборов лекарственных растений используются 12—14-дневными курсами с перерывами на 12—14 дней нитрофураны, невиврамон, этазол, уросульфам, никодин и другие химиопрепараты.

При резистентности микроорганизмов к указанным средствам проводят лечение антибиотиками, отдавая предпочтение полусинтетическим пенициллинам (ампициллин, оксациллин). После первого 10—15-дневного курса лечения антибиотиками, если вновь обнаруживается бактериурия, проводят еще 2—3 курса с интервалами в 10—15 дней. При этом необходима смена антибиотиков.

В послеродовом периоде наличие бессимптомной бактериурии также является основанием для проведения антибактериальной терапии.

Гломерулонефрит

Основу медикаментозной патогенетической терапии гломерулонефрита составляют иммуносупрессивные средства (алкирующие соединения и антимаетаболиты), препараты аминохлоринового ряда, глюкокортикоиды, индометацин, антикоагулянты. Однако применение этих лекарств для лечения беременной в большинстве случаев невозможно из-за их выраженного фетотоксического и тератогенного эффектов.

Алкирующие соединения (циклофосфамид, хлорамбуцил, Тио-ТЭФ, миелосан, допан, эмбихин и др.) вызывают у плодов карликовость, микроцефалию, микроофтальмию, врожденную катаракту, расщепление твердого неба, недоразвитие гонад.

Антимаетаболиты (азотиоприн, аметоптерин, 6-меркаптопурин и др.) обуславливают дефекты развития центральной нервной системы, органов зрения, гонад, конечностей, неба, гидроцефалию, подавление гематопоэтической функции костного мозга, некроз тканей, гибель и резорбцию плода.

У препаратов аминохлоринового ряда (резохин, плаквенил, далагил и др.) патогенное влияние на плод выражается в развитии спинабифидум, врожденного гидронефроза, атрезии почек,

аномалии развития центральной нервной системы, тромбоцитопении. Метиндол (индометацин, индоцид, интебан) угнетает костномозговое кроветворение.

Прием больших доз глюкокортикоидов ведет к гемолитическим реакциям и гипотрофии плода, чреват для плода расщеплением твердого неба, синдромом Кушинга, недостаточностью коры надпочечников, гипогликемией, умственной отсталостью, внутриутробной гибелью. Однако применение умеренных доз преднизолона следует считать возможным. Его дают до 40 мг в сутки в течение двух недель с последующим постепенным уменьшением дозы до полной отмены. При этом необходимо параллельно назначить курс антибиотиков для предотвращения активации очагов инфекции или ее присоединения.

Из антикоагулянтов, находящихся применение в терапии гломерулонефрита, во время беременности можно использовать лишь гепарин. Он вводится в дозе до 20 тыс. ЕД в сутки подкожно (контроль — увеличение времени свертывания крови до 200% от нормы). Другие препараты (фенилин, пелентан и др.), имея меньшую, чем у гепарина, молекулу, проникают через плацентарный барьер и могут вызвать у плода седловидную деформацию носа, геморрагический синдром, снижение уровня протромбина, смерть.

При лечении больных нефритом следует, на наш взгляд, отдавать предпочтение симптоматическим средствам: гипотензивным, мочегонным, улучшающим микроциркуляцию, антианемическим, белковым препаратам, лекарственным растениям — и только по показаниям применять стероиды.

Принципы и методы лечения артериальной гипертензии и микроциркуляторных нарушений изложены в соответствующих главах. Здесь следует лишь добавить, что в случаях нарастания уровня азотистых шлаков в крови и при ацидозе у беременных с нефритом пероральное применение лекарств целесообразно заменить парентеральным из-за развития у больных элиминационного гастрита. При терапии артериальной гипертензии нельзя быстро снижать кровяное давление до нормального или субнормального уровня, так как из-за уменьшения перфузионного давления ранее нарушенного почечного кровотока может ухудшиться состояние больного. Это, в свою очередь, может отрицательно повлиять на диурез и вызвать нарастание отеков.

Для усиления гипотензивного эффекта показано комбинирование нескольких препаратов из разных групп и сочетание лекарственного лечения и физиотерапии (гальванический воротник по Щербаку, эндоназальный электрофорез, микроволны сантиметрового и дециметрового диапазона на область почек,

ультразвук на область почек в импульсном режиме излучения, электроанальгезия). Физические методы лечения позволяют ограничить дозы гипотензивных препаратов (Стругацкий, 1981).

При задержке жидкости и олигурии применяются различные салуретические средства (гипотиазид, гидрохлортиазид, фуросемид, урегит, бринальдикс), антагонисты альдостерона (верошпирон, альдактон, спиронолактон), онкоосмодиуретики (белковые препараты, маннитол) и др.

Осуществляя диуретическую терапию, надо иметь в виду, что салуретики (тиазиды, фуросемид) при длительном применении и в больших дозах могут вызвать у плода лейкопению, агранулоцитоз, нарушения электролитного баланса.

Гипотиазид назначается по 50 мг два раза в сутки в течение трех-четырех дней с 3—5-дневными перерывами. С целью достижения более мощного диуретического эффекта гипотиазид можно сочетать с урегитом. Урегит (этакриновая кислота) принимают по 0,025—0,05 г через день после еды на фоне постоянного приема небольших доз гипотиазиды (25 мг в сутки).

Циклометиазид, значительно превосходящий по диуретической активности гипотиазид, назначают по 1 табл. (0,5 мг) в сутки в течение трех-четырех дней с 3—5-дневными перерывами.

Фуросемид принимают натощак по 40 мг один раз в день в течение двух-трех дней с последующими 3—5-дневными перерывами. Указанные мочегонные средства обязательно сочетают с калийсодержащими препаратами (хлористый калий по 1 г три раза в день, панангин по 2 табл. три раза в день).

Для потенцирования действия салуретиков одновременно с ними можно использовать верошпирон по 6—8 табл. в сутки в течение первых двух-трех дней с последующими снижениями дозы на 1 табл. в день. В случае малой эффективности от применения диуретиков в указанных количествах необходимо удвоить их суточную дозу или прибегнуть к парентеральному введению фуросемида (лазикса). Препарат используется внутримышечно и внутривенно по 2—4 мл 1% раствора.

При упорных, не поддающихся лечению отеках, а также в целях уменьшения гипопroteinемии применяют капельно внутривенно плазму по 200—300 мл через 2—3 дня (8—10 вливаний), 20% раствор альбумина по 100—200 мл через 2—3 дня (4—5 вливаний), протеин по 200—300 мл через 2—3 дня (4—5 вливаний), маннитол из расчета 1—1,5 г сухого вещества на 1 кг веса больной (без отеков) в 150—200 мл 5% раствора глюкозы.

Для ощелачивания при нарастании в крови азотистых шлаков и ацидозе рекомендуется введение 100—150 мл 3—5% раствора гидрокарбоната натрия внутривенно капельно или в клиз-

ме ежедневно или через день до повышения резервной щелочности. В этой же ситуации показано применение внутривенно капельно 30 мг леспенефрила в 100 мл физиологического раствора через день или внутрь от 150 до 200 капель в сутки. Препарат можно чередовать с внутривенным капельным введением 200 мл гемодеза на протяжении 10—12 дней.

При явлениях гематурии применяются средства, укрепляющие сосудистую стенку (аскорбиновая кислота, глюконат кальция, рутин).

Угроза развития сердечной недостаточности диктует необходимость включения в терапию сердечных гликозидов (строфантин по 0,5 мл 0,05% раствора или коргликон по 1 мл 0,06% в 10—20 мл физиологического раствора один-два раза в день).

Лечение анемии у этого контингента больных предполагает трансфузии эритроцитарной массы в количестве 100—150 мл трехкратно через 2—3 дня.

Из десенсибилизирующих средств внутрь назначают обычно димедрол, супрастин, диазолин. Ими, однако, не следует злоупотреблять, особенно в начальные сроки беременности, так как длительное применение может вызвать уродства плода (полидактилия, деформация стоп, гипоплазия легких, почек, мочевого пузыря, неопущение семенников, дефекты сердца).

При гломерулонефрите у беременных должна широко использоваться фитотерапия. Приводим несколько рецептов сборов лекарственных растений.

Рецепт. Трава пастушьей сумки — 2 ст. л. Настоять 30 мин в 400 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл три-четыре раза в день за 30 мин до еды в течение 2 месяцев (эффективен при гематурии и низком диурезе).

Рецепт. Экстракт пастушьей сумки, жидкий — 25 мл (аптечная форма). Пить по 25 капель три раза в день за 30 мин до еды, растворив в 1/4 стакана воды. Один курс — 2 месяца.

Рецепт. Череда (трава) — 1 ч. л.; фиалка трехцветная (иван-да-марья) — 1 ст. л.; лопух (корень) — 1 ч. л.; крапива (трава) — 1 ч. л.; тысячелистник (трава) — 1 ч. л.; смородина черная (листья) — 1 ч. л.; земляника (листья) — 2 ч. л.; толокнянка (листья) — 2 ч. л.; береза (почки) — 1 ч. л. Смешать, кипятить 7 мин в 500 мл воды, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 месяца с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Лен (семена) — 1 ч. л.; тыква (семена измельченные) — 1 ч. л.; конопля (семена) — 1/2 ч. л.; липа (цветы) — 1 ч. л.; ежевика (листья) — 1 ч. л.; бузина черная (цветы) — 1 ч. л.; зверобой (трава) — 2 ч. л.; ромашка (цветы) — 1 ч. л.

Смешать, настоять 30 мин в 500 мл кипятка, процедить. Пить горячим по 100 мл четыре раза в день за час до еды курсами по 2 месяца с 14-дневными перерывами, соблюдая молочно-бес-солевую диету.

Рецепт. Береза (почки) — 1 ч. л.; бессмертник (цмин, цве-ты) — 2 ч. л.; грыжник (травя) — 1 ч. л.; липа (цветы) — 1 ч. л.; боярышник (ягоды) — 3 ч. л.; рябина (ягоды) — 3 ч. л.; бузина черная (цветки) — 1 ч. л.; зверобой (травя) — 1 ч. л.; ликопо-днй (шлакун) — 1 ч. л.; ромашка (цветы) — 1 ч. л. Смешать, ки-пятить 7 мин в 600 мг воды, затем добавить 2 ст. л. измельчен-ных плодов шиповника и настоять 2 ч, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды курсами по 2 ме-сяца.

Рецепт (при недостаточной функции почек). Дудник (дя-гиль, корневище измельченное) — 1 ст. л.; хвощ (травя) — 1 ст. л. Смешать, кипятить 7 мин в 600 мл воды, настоять 15 мин, процедить. Пить горячим по 150 мл три раза в день длительное время.

Гепатобилиарная система

Заболевание желчных путей у женщин любого возраста встречается в 3—7 раз чаще, чем у мужчин (Шехтман, 1982). При беременности в связи с мобилизацией энергетических и сырьевых ресурсов, повышением уровня обменных процессов, избыточным количеством гормонов и т. д. печень испытывает повышенную функциональную нагрузку и течение заболеваний гепатобилиарной системы в этот период нередко обостряется. Кроме того, беременность создает условия для возникновения такой патологии, как холелитиаз и холестатический гепатоз. Поэ-тому в гестационном периоде и в пуэрперии 30—50% женщин не-обходима активная корригирующая терапия.

В случаях развития клинической картины инфекции в желч-ных путях у беременных из антибактериальных средств наиболее показано применение пенициллина по 300 тыс. ЕД четыре раза в день, ампициллина (пентрексил, пенберин) по 0,25 г четыре раза в день в течение четырех-пяти дней. При наличии резистент-ности микрофлоры к антибиотикам или индивидуальной непереносимости используются этазол по 0,5 г четыре раза в сутки (7—10 дней), никодин по 0,5 г четыре раза в сутки (10—14 дней), циквалон по 0,1 г четыре раза в сутки (2—3 недели).

В обязательном порядке рекомендуется назначение желч-гонных средств. При желчнокаменной болезни или дискинетиче-ского желчного пузыря по гипертоническому типу предпочтительнее

использование препаратов группы холеретиков, возбуждающих секрецию желчи в печени: хологон или дегидрохолевая кислота (0,2 г три раза в день), холензим (0,3 г три раза в день), холагол (5 капель три раза в день за полчаса до еды), эти средства применяются в течение двух-трех недель.

При развитии явлений холестатического гепатоза беременным назначаются холекинетики, усиливающие сокращения желчного пузыря (20—25% раствор сульфата магния по 1 ст. л. два-три раза в день, оливковое или подсолнечное масло по 1 дес. л. два-три раза в день) и препараты со смешанным действием (холасос по 1 ч. л. два-три раза в день, фламин по 0,05 г три раза в день за полчаса до еды, экстракт кукурузных рылец по 30 капель два-три раза в день перед едой). Ликвидации холестаза способствуют беззондовые дренажи (тюбажи) с минеральной водой (боржом, эссентуки), отварами желчегонных растений, сорбитом или ксилитом (10—15 г на 100 мл воды) один раз в 5—7 дней, которые особенно полезны при патологии печени и желчных путей, сочетающейся с запорами (Радбиль, 1976), а беременность, как известно, угнетает тономоторную активность кишечника.

Наличие у беременной с холестазом мучительного зуда, в крайних случаях вынуждающего прибегать даже к искусственному прерыванию беременности (Белкин, 1968), служит основанием для назначения препаратов, обладающих противозудным действием. С этой целью успешно используют анаболические стероиды. Метандростенолон (неробол) назначают по 1 табл. (5 мг) два раза в сутки. По наблюдениям В. Е. Рычнева (1981), неробол можно применять длительное время (до двух месяцев) без ущерба для здоровья матери и плода. С. Д. Подымова (1984) для лечения холестатического гепатоза беременных рекомендуют антигистаминные препараты, клофибрат, холестирамин.

Выраженный болевой синдром является основанием для перорального и (или) парентерального введения болеутоляющих препаратов, спазмолитиков и м-холинолитиков (анальгин, баралгин, реглан, но-шпа, папаверин, атропин, платифиллин, метацин). Ганглиоблокирующие средства применять не следует, так как они вызывают парез и мекониевую непроходимость у плода. В исключительных случаях можно прибегнуть к внутримышечному введению 1—2 мл 1% раствора промедола (Шехтмач и др., 1982).

Из липотропных средств рекомендуется использовать липоамид по 0,025 г два-три раза в день с одновременным приемом метионина или творога, липоевую кислоту по 0,025 г два-три раза в день до еды в течение 20—30 дней. Должны широко

применяться витамины С, РР, Е, группы В. Показаны также оротовая кислота, аденозинтрифосфат, седативные (настой корня валерианы и травы пустырника) и тонизирующие (пантокрин, элеутерококк, китайский лимонник и др.) средства. Развитие железодефицитной анемии служит основанием для назначения препаратов железа (гемостимулин, ферроплекс, эктофер и др.).

Патология гепатобилиарной системы в начальные сроки беременности может явиться фоном для развития ранних токсикозов. При этом нередко наблюдается феномен взаимного отягощения. В таких ситуациях дополнительно к указанному выше объему средств медикаментозного воздействия целесообразно добавлять церукал (метоклопрамид, пастертин). В остром периоде препарат назначается в виде инъекций по 2 мл (10 мг в ампуле) два раза в сутки в течение одного-двух дней с последующим переходом на пероральный прием по 1 табл. (10 мг) один-три раза в сутки. После достижения клинического эффекта осуществляется поддерживающая терапия церукалом по 1 табл. в день. Курс в среднем 9 дней (Мартыншин, Архангельский, 1981).

Необходимо подчеркнуть, что рано начатые профилактические мероприятия позволяют предотвратить обострение хронического холецистоангиохолита, развитие симптомов холестатического гепатоза и холелитаза, особенно у женщин, перенесших в прошлом вирусный гепатит или длительно принимавших эстроген-гестагенные препараты. Весьма уместным будет применение лекарственных растений, обладающих желчегонным и противовоспалительным действием, в виде настоев, отваров, кислородных коктейлей (настой трав, обогащенный кислородом). Учитывая отсутствие отрицательного влияния этих лекарственных средств на печень и плод, фитотерапию можно осуществлять практически весь гестационный период.

Рецепт. Бессмертник (цветы) — 1 ч. л. Заварить в 200 мл кипятка, настоять 20 мин, процедить. Пить горячим по 50 мл три раза в день за 30 мин до еды в течение двух месяцев, после 10-дневного перерыва — повторный курс.

Рецепт. Зверобой (трава) — 1 ч. л.; спорыш (трава) — 1 ч. л.; бессмертник (цветы) — 1 ч. л.; ромашка (цветы) — 1/2 ч. л.; крушина (кора) — 1/2 ч. л. Смешать, залить 500 мл кипятка, кипятить 1—2 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл два раза в день за 30 мин до еды в течение двух месяцев. После 10-дневного перерыва — повторные курсы лечения.

Рецепт. Спорыш (трава) — 1 ч. л.; кукурузные рыльца — 1/2 ч. л.; толокнянка (листья) — 1/2 ч. л.; ноготки (цветы) —

1/2 ч. л.; фасоль (стручки) — 1/2 ч. л.; мята (трава) — 1/2 ч. л. Смешать, залить 500 мл кипятка, кипятить 1—2 мин, настоять 20 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды в течение двух месяцев. После 10-дневного перерыва — повторные курсы.

Рецепт. Спорыш (трава) — 3 ч. л.; шиповник (плоды измельченные) — 1 ч. л. Заварить в 700 мл кипятка, настоять 20 мин, процедить. Пить горячим по 150 мл три раза в день в течение 6 месяцев.

Рецепт. Береза (листья или почки) — 2 ст. л. Заварить в 400 мл кипятка, настоять 20 мин, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день в течение 4 месяцев.

Первый, второй и третий сборы обладают широким спектром терапевтического воздействия и показаны при воспалительных процессах в печени и желчнокаменной болезни, четвертый — способствует расщеплению и выведению камней из желчных протоков и желчного пузыря, а пятый — вызывает гибель лямблий и парамеций.

У женщин, не имевших в прошлом заболеваний печени и желчных путей, с превентивной целью фитотерапию следует осуществлять с 18—20-й недели беременности, используя для этого рецепты № 1 и 4. При наличии анамнеза, отягощенного патологией гепатобилиарной системы, постоянное применение лекарственных растений необходимо начинать в возможно ранние сроки, усиливая его со II триместра беременности. Так же, как и при пиелонефрите, у беременных с рассматриваемой патологией приемлем принцип прерывисто-непрерывного лечения, т. е. на фоне постоянного использования фитотерапии в периоды обострений или после интеркуррентных инфекций проводятся курсы антибактериальной и противовоспалительной терапии.

Сахарный диабет

Среди эндокринных заболеваний у беременных наиболее часто встречается сахарный диабет. Отношения между сахарной болезнью и беременностью можно охарактеризовать как взаимоотношения, поскольку диабет у матери ухудшает течение беременности и родов, чем создает угрозу для благополучия и плода, а беременность, в свою очередь, изменяя метаболизм субстратов и гормонов, оказывает декомпенсирующее воздействие на организм больной (Шехтман, Бархатова, 1982; Фелиг, 1985). Наличие подобного «синдрома взаимного отягощения» (часто наблюдаемого во время беременности у женщин с экстрагенитальной патологией) создает особые трудности при ведении беременных, страдающих сахарным диабетом.

Компенсированный сахарный диабет

Основным принципом, на котором базируется как лечение беременных сахарной болезнью, так и сохранение жизни плода, является максимальная компенсация диабета. При этом подход к терапии должен быть строго индивидуальным, а критерии компенсации сахарного диабета — более жесткими, чем у небеременных. Успеху благоприятствует тесный контакт акушера с терапевтом и педиатром (неонатологом), направленный, помимо коррекции гликемии, на профилактику, выявление и лечение осложнений сахарного диабета, беременности и состояния внутриутробного плода.

Как известно, применение у беременных женщин, страдающих диабетом, пероральных сахаропонижающих средств противопоказано из-за их фетотоксического эффекта. Для этой цели используется инсулин, молекулы которого не проникают через плацентарный барьер.

По мнению многих советских и зарубежных клиницистов, более лучшей и быстрой коррекции гликемии можно добиться комбинацией инсулина быстрого (простой инсулин), полупролонгированного (инсулин-цинк суспензия аморфного — ИЦСА) и пролонгированного (инсулин-цинк суспензия кристаллического — ИЦСК) действия. Доза инсулина устанавливается на основании исследования сахара в крови утром натощак и еще четырехкратно, в течение дня, определения глюкозурии и ацетона в 3—4 порциях мочи в сутки. Вводятся также дозы инсулина, которые обеспечат количество сахара в крови в пределах 5,55 — 9,325 ммоль/л (100—150 мг/‰), считающихся наиболее оптимальными границами колебаний показателей гликемии у беременных (Шехтман, Бархатова, 1982). Терапию можно начинать с однократной (утренней) инъекции инсулина пролонгированного действия, к которому при необходимости добавляется быстродействующий инсулин.

В ранние сроки беременности потребность в инсулине у больных сахарным мочеизнурением значительно не меняется. В некоторых случаях (например, при рвоте беременных) может наблюдаться даже гипогликемия, особенно в ночные часы, что делает необходимым уменьшение дозы инсулина, так как при гипогликемии матери в 2—3 раза чаще происходит антенатальная гибель плода. Во второй половине беременности (обычно с 24—28-й недели) под влиянием гормонов (плацентарный лактоген, эстрогены, прогестерон) гипогликемизирующий эффект инсулина снижается и у больных возникает тенденция к ацидозу (Фелиг, 1985). Возрастает потребность матери в инсулине, что обуславливает необходимость увеличения его доз. В периоде родов уровень сахара крови подвержен выраженным флюктуациям — от

гипер- до гипогликемии, требующим постоянного клинического и частого лабораторного контроля. После родов устраняется контринсулярное действие гормонов матери и уменьшается ее потребность в инсулине, причем часто до более низких цифр, чем до беременности. Затем наблюдается постепенное снижение эндогенного инсулина до исходного уровня, обуславливающее увеличение дозы сахаропонижающего препарата.

Важная роль отводится полноценной физиологической диете. При диете, рекомендуемой беременным с сахарным диабетом, нужно потреблять 30—35 ккал в сутки на 1 кг реальной массы тела (примерная суточная раскладка: углеводы — 200—250 г, белки — 100—120 г, жиры — 45—60 г на 1 кг массы тела женщины). При наличии у больных почечной глюкозурии можно дополнительно включить 50 г или более углеводов, чтобы компенсировать их потерю с мочой (Фелиг, 1985). Рацион больных должен быть максимально насыщен витаминами (В, С) и липотропными веществами (метионин, липоевая кислота, липамид). Особо следует указать на нежелательность проведения у беременных с сахарным диабетом разгрузочных дней и применения гипокалорийной диеты во избежание развития у матери кетоза, чрезвычайно вредного и для плода.

Мы считаем целесообразным назначение беременным с сахарным диабетом фитодиетических и фитотерапевтических средств, обладающих гипогликемизирующим действием (блюда из свеклы, сельдерея, капусты белокочанной, цветной капусты, шпината, фасоли, лука и др.; настой элеутерококка, стручков фасоли, полевого хвоща, одуванчика обыкновенного, крапивы двудомной, бузины черной, женьшеня и др.).

Кетоацидотические состояния

При декомпенсации сахарного диабета наиболее опасными и частыми осложнениями являются состояние кетоацидоза и кетоацидотическая (гипергликемическая) кома. Оказание неотложной помощи беременным в таких ситуациях осуществляется по общим принципам лечения диабетической комы, но с учетом повышенной опасности развития гипогликемии. В связи с этим дозы инсулина, являющегося основой патогенетической терапии ацидотической комы, у беременных применяются несколько меньшие, особенно начальные. Предпочтительней внутримышечный и внутривенный пути введения инсулина. По мнению В. В. Потемкина (1984), при подкожном введении трудно прогнозировать скорость всасывания инсулина из подкожной клетчатки, кроме того, он депонируется в подкожной клетчатке, что может обусловить в дальнейшем гипогликемию.

Для борьбы с развившимся гиперкетозацидозом применяется только простой инсулин, обладающий быстрым действием. Использование инсулина предполагает «режим больших или малых доз» (Васюкова, Зефирова, 1982; Потемкин, 1984). При «режиме больших доз» беременной, находящейся в кетоацидотическом состоянии, вводят внутривенно капельно (в течение 30 мин) в изотоническом растворе хлорида натрия 25—40 ЕД инсулина и столько же инсулина внутримышечно. В зависимости от степени тяжести кетоацидоза (комы) первоначальное количество вводимого инсулина может быть увеличено или уменьшено. При снижении сахара в крови до 16,6—13,9 ммоль/л (300—250 мг/%) инсулин вводят внутримышечно через каждые 4—6 ч по 8—10 ЕД, при убыли гликемии до 11,1 ммоль/л (200 мг/%) — по 6—8 ЕД. В случае отсутствия положительного эффекта в течение трех-четырех часов от начала интенсивной инсулинотерапии внутривенное и внутримышечное введение препарата повторяют через каждые два часа, но в половинной дозе.

В нашей клинике предпочтение отдается «режиму малых доз», поскольку при введении больших количеств инсулина возникает опасность развития поздней гипогликемии, гипоосмолярности, отека мозга и гиперлактацидемии (Потемкин, 1984). При инсулинотерапии в малых дозах в зависимости от тяжести комы инсулин назначается в пределах от 15 до 30 ЕД/ч внутривенно капельно в течение четырех-восьми часов или внутримышечно (одна инъекция в час) под контролем уровня гликемии.

Одновременно с началом инсулинотерапии проводят коррекцию водно-электролитного баланса и щелочного резерва, лечение кардиоваскулярных нарушений, сопутствующих заболеваний и осложнений (пневмония).

С целью ликвидации симптомов обезвоживания и интоксикации осуществляется внутривенная капельная инфузия физиологического раствора хлорида натрия или раствора Рингера в количестве 200—400 мл/ч. При наличии у женщины отеков объем вводимой жидкости не должен превышать 3000 мл.

Для предупреждения падения уровня сахара до критических цифр через 2—3 ч от начала интенсивной инсулинотерапии (иногда раньше) производится внутривенная инфузия 500—1000 мл 5% раствора глюкозы вместе с 500—1000 мл 0,9% раствора хлорида натрия. В случае появления симптомов гипогликемии (гипергидроз, дрожь, судороги, выраженная артериальная гипотония и т. д.) внутривенно струйно вводят 20—40 мл 40% раствора глюкозы.

При наличии у беременной гипогликемии назначаются калийсодержащие препараты (хлорид калия, поляризующая смесь, панангин, аспаркам) под контролем ЭКГ, уровня калия в

крови и моче, а также с учетом противопоказаний (олигурия, анурия).

Развивающийся при диабетической коме ацидоз служит основанием для применения бикарбоната натрия и глютаминовой кислоты. Количество двууглекислой соды вычисляют по формуле Меллемгарда—Сиггарда—Андерсена: $0,3 \times \text{дефицит оснований}$, мэкв/л \times вес тела, кг. Обычно вводят 2,5—4% раствор Na_2CO_3 внутривенно капельно в количестве 100—150 мл. Глютаминовую кислоту назначают в виде 1% раствора внутривенно капельно по 200—400 мл.

Показанными при кетоацидозе являются внутривенные инфузии кокарбоксылазы (100—150 мг), аскорбиновой кислоты (по 5—10 мл 5% раствора), витаминов группы В (цианкобаламин, пиридоксин), плазмы (200—300 мл). При необходимости назначают кардиотоники (строфантин, коргликон) и сосудотонические средства (кордиамин, кофеин), мочегонные препараты (фуросемид, гипотиазид). При упорной артериальной гипотонии используют ацетат дезоксикортикостерона (по 1—2 мл 0,5% раствора). Обязательным компонентом комплексной терапии диабетической комы является увлажненный кислород. Нам представляется перспективным применение для лечения сахарного диабета у беременных аппарата «Биостатор», улучшающего взаимоотношения инсулин—глюкоза—глюкогон, ведущего к снижению колебаний уровня глюкозы в крови и уменьшению суточной глюкозурии (Спесивцева и др., 1980).

Гипогликемические состояния

У беременных, страдающих сахарным диабетом, нередко осложнением являются гипогликемические состояния, из легко выраженных быстро переходящие в кому. Причины этого крайне неблагоприятного для матери и плода патологического состояния разнообразны. Чаще всего гипогликемическая кома развивается из-за передозировки инсулина, а также в результате почечной глюкозурии, рвоты, гипокалорийной диеты, а в послеродовом периоде — лактации.

Легкой степени гипогликемия, как правило, купируется без применения лекарственных средств. Большой нужно съесть 80—100 г хлеба и выпить сладкого чая (1 столовая ложка сахара на полстакана чая или воды).

При развившейся коме необходимо немедленно ввести внутривенно струйно 40—50 мл 40% раствора глюкозы. При отсутствии эффекта в течение 10—15 мин следует повторить инъекцию того же количества глюкозы. Если сознание не восстанавливается, приступают к внутривенной капельной инфузии 5% раствора глюкозы (500—1000 мл). Параллельно назначают подкожное

введение 0,3—0,5 мл 0,1% раствора гидрохлорида адреналина, внутривенное или внутримышечное введение 125—200 мг гидрокортизона.

Эффективным средством для выведения беременной из тяжелой гипогликемической комы является глюкогон. Препарат не проникает к плоду. Глюкогон назначают по 1 мл подкожно, внутримышечно и внутривенно. Уже через 5—20 мин после инъекции к больной возвращается сознание. Введение лекарства при необходимости можно повторить.

Во избежание отека мозга показаны инъекции 5—10 мл 25% раствора сернокислой магнезии, капельные внутривенные инфузии 15% раствора маннитола из расчета 0,5—1 г на кг массы тела. Утилизации глюкозы способствуют кокарбоксилаза (100—150 мг), аскорбиновая кислота (5—10 мл 5% раствора). Для коррекции нарушений со стороны системы органов кровообращения показаны сердечные и сосудистые средства. Как для матери, так и для плода полезны ингаляции увлажненного кислорода, инъекции сипетина.

Среди других осложнений инсулинотерапии необходимо указать на аллергию к инсулину, отмечаемую в 5—30% случаев (Потемкин, 1984). Лечебные мероприятия в этих ситуациях складываются из замены одного инсулинового препарата другим, назначения антигистаминных средств, введения инсулина с микродозами (менее 1 мг) гидрокортизона. Переводить на пероральные гипогликемизирующие препараты во время беременности не показано из-за их фетатоксического действия. В. В. Потемкин (1984) рекомендует при аллергии к инсулину проводить десенсибилизацию малыми дозами инсулина на фоне десенсибилизирующей терапии. Отсутствие эффекта от лечебных мероприятий и прогрессирующая декомпенсация сахарного диабета служат серьезным основанием для прерывания беременности.

Анемии

Статистика показывает, что «пальма первенства» по заболеваемости анемиями принадлежит женщинам. У беременных обычно встречаются типичные клинические формы малокровия: железодефицитные, В₁₂-дефицитная, фолиеводефицитная, анемия в связи с нарушением синтеза порфиринов, гемолитические и др. Только учет их патогенетических различий позволяет осуществлять дифференцированную, нетрафаретную терапию. Это положение приобретает особую актуальность, когда объектом антианемического лечения становится беременная женщина.

Железодефицитные анемии

Железодефицитные анемии — наиболее часто встречающаяся форма малокровия у беременных женщин, объединяющая це-

лый ряд гипохромных анемий. Основной причиной их развития является снижение содержания железа в сыворотке крови, в костном мозге и депо. По статистике ВОЗ, при исследовании гемоглобина железodefицитная анемия выявляется у 21—80% беременных, при определении насыщения трансферина — у 40—99%.

Одной из важнейших причин развития железodefицитных состояний при беременности является повышенное потребление железа, необходимого для развития плаценты и плода. Этой форме малокровия способствуют эндогенная недостаточность железа (обусловленная язвенной болезнью желудка, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, колитом, полименореей и пр.) и нарушение процесса усвоения железа (в связи с энтеритом, глистными инвазиями, гипотиреозом и пр.). Отсюда следует, что лечение железodefицитных анемий должно включать и терапию экстрагенитальных заболеваний, способствующих анемизации (Идельсон, 1981).

Основой патогенетического лечения данной клинической формы анемий является применение препаратов железа. Достижению более полного терапевтического успеха будет способствовать соблюдение ряда условий: 1) не следует стремиться к применению больших доз лекарственного железа, так как эффективность препарата не увеличивается, он хуже переносится больными; 2) железо необходимо сочетать с аскорбиновой кислотой, принимающей самое активное участие во всех процессах его метаболизма; при этом доза витамина С должна быть не менее в два раза превышать дозу железа; 3) длительность курса в лечебных дозах должна быть не менее 8 недель, в поддерживающих дозах — в течение 3—4 месяцев. Следует принимать препараты железа до еды и только при плохой переносимости — после еды или во время ее.

Из препаратов, применяемых перорально, наиболее широкое распространение получили гемостимулин, ферроплекс, конферон, феррокаль, ферроцерон, молочнокислое железо, ферамид.

Гемостимулин — комплексное соединение лактата железа (50%), сухого гематогена (25%), сульфата меди (1%) и глюкозы (24%). Лактат железа (закисное соединение железа) лучше других соединений этого металла всасывается в кишечнике; сульфат меди стимулирует эритропоэз; гематоген усиливает кроветворение и обменные процессы в организме. Препарат нетоксичен. Назначают по 1—2 табл. с 0,2 г аскорбиновой кислоты три раза в день. При плохой переносимости гемостимулина (тошнота, рвота, изжога, понос) препарат следует заменить другими железосодержащими лекарствами.

Ферроплекс (ВНР) — 1 драже состоит из 50 мг сульфата железа (11 мг железа) и 30 мг аскорбиновой кислоты, рекомендуется принимать по 2 драже три раза в день. Конферон (ВНР) содержит 250 мг сульфата железа (51 мг железа) и натриевую соль янтарной кислоты (для улучшения всасывания). Препарат хорошо переносится больными и назначается по 1 ампуле один-два раза в день. Ферамид — комплексное соединение железа (10 мг) с амидом никотиновой кислоты, назначается по 2 табл. три раза в день. Феррокаль — комплексный препарат, в состав которого входит 0,2 г сульфата закисного железа (44 мг железа), 0,1 г фруктозодифосфата кальция, 0,02 г лицитина, назначают по 1 табл. два раза в день. Ферроцерон (эритрогистимулин), стимулирующий процессы кроветворения, назначают по 1 табл. (0,3 г) три раза в день. Из-за плохой всасываемости непригодны для применения фитферролактол, коферид, ферроалоз.

При недостаточном эффекте от указанных препаратов прибегают к парентеральному (только внутримышечному!) введению железа, используя для этого фербитол, эктофер, феррум-Лек, униферон. Внутривенное введение препаратов может давать реакции в момент введения. Кроме того, необходим точный расчет курсовой дозы, так как избыточное поступление железа может вызвать гемосидероз органов как матери, так и плода. Прирост же гемоглобина при таком способе введения железа не отмечается большей быстротой.

Фербитол, представляющий собой водный раствор железосорбитолового комплекса и содержащий в 2 мл 100 мг железа, применяют внутримышечно по 2 мл ежедневно в течение двух недель. В дальнейшем с целью осуществления противорецидивного лечения железodefицитной анемии можно вводить по 2 мл 2—4 раза в месяц. Для предупреждения болезненности в месте инъекции используют введение 0,5% раствора новокаина. Феррум-Лек, представляющий собой смесь сахара железа (100 мг железа в 2 мл) и глюконата кобальта, вводится внутримышечно по 2 мл через день, курс 10—12 инъекций. Ферковен, противопоказанный при болезнях печени и склонности к ангиоспастическим реакциям, вызывающий резкую болезненность при внутримышечном введении, применять у беременных нежелательно.

Не рекомендуется сочетать парентеральный путь введения железосодержащих препаратов с одновременным приемом их внутрь.

Критерием эффективности пероральной железотерапии является увеличение гемоглобина на 10—15 г/л, а также повышение

числа ретикулоцитов на 2—3-й неделе от начала лечения. При парентеральном введении препаратов железа гемоглобин увеличивается на 15—30 г/л и уже на 2-й неделе терапии возрастает количество ретикулоцитов. Продолжительность курса лечения зависит от нормализации сывороточного железа.

Одновременно с препаратами железа больным с железодефицитной анемией назначается витогепат по 2 мл внутримышечно ежедневно, витамин В₁ по 1 мл 6% раствора внутримышечно через день. Применение витамина В₁₂ при железодефицитной анемии возможно только в конце курса лечения, когда дефицит железа практически устранен. При этом используются небольшие дозы — 100 мкг через день в количестве 5—6 инъекций.

При доказанной устойчивости анемии к железотерапии — и только в этом случае! — для усиления утилизации железа можно применить комбинированное лечение, используя 10—20 мг преднизолона вместе с 30—50 мг стабилизированного железа в сутки. В течение 10—15 дней гематологическая картина улучшается, после чего осуществляется переход на поддерживающие дозы железосодержащего препарата без гормонов.

При резко выраженной анемии (особенно накануне предстоящих родов) и необходимости купирования анемической гипоксии, а также при резистентности к железотерапии можно прибегнуть к переливанию эритроцитной массы по 125—150 мл два раза в неделю в количестве 3—4 трансфузий. Для профилактики гипоксии матери и плода применяется оксигенотерапия.

После полной нормализации уровня гемоглобина необходимо продолжить лечение в поддерживающих дозах до конца беременности и во время лактации, используя для этого либо ферроплекс по 2—3 таблетки, либо феррокаль по 1 табл. в сутки. Медикаментозное лечение необходимо сочетать с приемом настоев из лекарственных растений, которые в случаях анемии легкой степени можно использовать и самостоятельно. Приводим несколько рецептов.

Рецепт. Зверобой (трава) — 1 ст. л.; крапива (трава) — 1 ст. л.; ежевика (листья) — 1 ст. л. Смешать, залить 500 мл кипятка. Настоять 30 мин, процедить. Пить горячим по 150 мл три раза в день с 1 ч. л. пчелиного меда за 30 мин до еды курсами по 35 дней с 14-дневными перерывами.

Рецепт. Сок редьки (свежий) — 100 мл; сок свеклы (свежий) — 100 мл; сок моркови (свежий) — 100 мл. Смешать, влить в бутылку, обмазать ее тестом, оставив в горлышке отверстие для испарения жидкости. Поставить в духовую печь на 3 ч для том-

лечения сока. Пить по 1 ст. л. три раза в день за 30 мин до еды в течение 35 дней.

Рецепт. Одуванчик (корень измельченный) — 1 дес. л.; пустырник (трава) — 1 дес. л. Смешать, залить 500 мл кипятка, настоять 2 ч, процедить. Пить горячим по 150 мл три раза в день с 1 ч. л. пчелиного меда за 30 мин до еды 35 дней.

Рецепт. Горечавка (корень) — 1 ч. л.; тысячелистник (трава) — 1 ч. л.; золототысячник (трава) — 1 ч. л. Смешать, кипятить 7 мин в 500 мл воды, процедить. Пить горячим по 100 мл три раза в день за 30 мин до еды в течение 35 дней.

Помимо медикаментозного лечения больным железодефицитной анемией нужно рекомендовать полноценное питание с включением в рацион продуктов, богатых железом: чернослив (сушеный), курага, фасоль, печень (говяжья), язык (говяжий), гречневая крупа, горох, соя. Больным надо помнить о том, что есть следует не спеша, тщательно пережевывая пищу, особенно мясо, для обеспечения более полного всасывания кишечником железа и других микроэлементов. Немаловажную роль играет санация зубов.

От истинного малокровия следует отличать относительную анемию, при которой равномерное снижение гемоглобина и эритроцитов обусловлено «разведением» крови гидремией, возникающей во второй половине физиологически протекающей беременности. Эта «ложная» анемия может скрывать и усугублять истинную гипохромную анемию. Поэтому устранение относительной анемии следует считать целесообразным. Железотерапия в этом случае неэффективна. Нормализация водно-солевого режима и применение мочегонных средств (фуросемида по 40 мг через 2—3 дня или гипотиазида по 50 мг ежедневно в течение 4—5 дней с препаратами калия) способствуют уменьшению и исчезновению «ложной» анемии.

Анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов

Железодефицитную анемию необходимо дифференцировать от других гипохромных анемий, при которых причина низкого цветового показателя зависит от нарушения порфиринового обмена или синтеза глобина. Содержание сывороточного железа у таких больных превышает норму в два-три раза.

Применение препаратов железа при этом виде анемий бесполезно и чревато гемосидерозом плаценты, внутренних органов как матери, так и плода. Показаны большие дозы витамина B₆, который благоприятно влияет на ферментативные процессы,

участвующие в синтезе порфиринов. Препарат применяется внутрь (порошки, таблетки) по 0,1 г три-четыре раза в день и внутримышечно по 6—8 мл 5% раствора. Большой эффект наблюдается при назначении пиридоксальфосфата — кофермента витамина В₆. Препарат применяется в таблетках по 20 мг четыре—шесть раз в сутки и внутримышечно по 30—40 мг. С целью предупреждения рецидива заболевания прием пиридоксина следует повторять через каждые четыре—шесть недель.

Для профилактики гипотрофии плода курсом на две-три недели назначают витамин Е по 1 мл внутримышечно, АТФ по 2 мл 1% раствора, кокарбоксилазу по 50—100 мл внутримышечно; перорально используют метионин по 1 табл. четыре раза в день, оротат калия по 1 табл. четыре раза в день.

Из-за эмбриотоксического действия во время беременности не должен применяться препарат десферал, весьма эффективный при гипохромных анемиях с высоким содержанием сывороточного железа и предназначенный для выведения железа из организма.

Мегалобластные анемии

Данный вид анемий развивается вследствие нарушенного усвоения или повышенного расходования витамина В₁₂ и (или) фолиевой кислоты на фоне ингибирующего костный мозг воздействия беременности.

Лечение включает в себя введение витамина В₁₂ или фолиевой кислоты в сочетании с витаминами В₁ и С, трансфузиями крови, эритроцитарной массы, плазмы, глюкокортикоидами. Витамин В₁₂ назначают по 200 мкг внутримышечно ежедневно, фолиевую кислоту — по 20 мг два-три раза в день. Витамин В₁ вводят по 1 мл 1% раствора через день, 5% аскорбиновую кислоту применяют внутривенно по 2 мл в 10—20 мл 40% раствора глюкозы ежедневно. Гемотрансфузии показаны при выраженной анемии, причем лучше использовать для этого эритроцитарную массу в количестве 125—150 мл четыре—шесть вливаний на курс лечения. При гипопротемии показано введение плазмы, альбумина.

При тяжелом течении мегалобластных анемий у беременных в терапию включаются глюкокортикоиды (преднизолон внутрь по 15—20 мг в сутки в течение двух недель). Лечение глюкокортикоидами повышает усвоение и утилизацию цианокобаламина и фолиевой кислоты, нормализует и стимулирует продукцию клеток, снижает распад эритроцитов.

Алиментарное лечение нельзя прекращать до наступления полной клинической и гематологической ремиссии. Особенно следует опасаться прерывания лечения до родоразрешения.

Профилактическое лечение мегалобластных анемий необходимо осуществлять до конца беременности и в послеродовом периоде, используя для этого поддерживающие дозы витамина В₁₂ в таблетках по 50 мкг два раза в день или фолиевой кислоты в таблетках по 10 мг два раза в день.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ, СОЧЕТАННОЙ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Сочетанные формы позднего токсикоза

Сочетание позднего токсикоза с ранее существовавшей экстрагенитальной патологией встречается в акушерской практике довольно часто. По нашим наблюдениям, фоном для его развития чаще всего являются гипертоническая болезнь, заболевание почек (пиелонефрит, гломерулонефрит) и сахарный диабет.

Лечение различных вариантов сочетанных форм имеет свои особенности в зависимости от того, на какую патологию «наслоился» поздний токсикоз.

При лечении токсикоза, сочетанного с гипертонической болезнью, подбираются медикаментозные средства, направленные на нормализацию сосудистого тонуса. Хороший терапевтический эффект в таких случаях можно получить лишь при применении седативных средств, транквилизаторов (элениум или седуксен). При невысоком артериальном давлении иногда удается ограничиться наряду с указанными препаратами назначением тиазидовых диуретиков, таблеток папазола или инъекциями 0,5% раствора дибазола (по 2—4 мл два-четыре раза в день внутримышечно). В качестве основных средств лечения следует использовать препараты раувольфии (резерпин, раунатин внутрь). Они, как известно, считаются наиболее эффективными при гипертонической болезни и вне беременности. Показан прием димекарбина по 0,02 г, винкапана по 0,01 г, изоптина по 0,04 г (три раза в день). При недостаточном гипотензивном действии этих средств вполне обосновано назначение орнида, пирилена. Как симпатолитический аналог пирилена может использоваться синаплег (2,5 мг в сутки с постепенным увеличением до 15 мг в сутки). Не следует забывать о назначении бромидов (бромид натрия внутрь или внутривенно), благоприятно влияющих на больных гипертонической болезнью. В тяжелых случаях (при

высокой гипертензии) можно воспользоваться внутривенным введением резерпина (рауседила), пентамина, бензогексония. Сульфат магния при сочетании токсикоза с гипертонической болезнью обычно не дает выраженного эффекта.

Для усиления эффективности проводимой терапии мы назначаем пролонгированный пероральный прием препаратов.

При наклонности к гипертоническим кризам целесообразно назначать внутрь димеколин (по 0,025 г два-три раза в день), внутривенно капельно — арфонад. При появлении отеков показаны дихлотиазид, циклометиазид, фуросемид, эуфиллин, спиронолактон и другие диуретики. Осмоонкотерапию при гипертонической болезни следует проводить несколько осторожнее, чем при «чистом» токсикозе, стараясь руководствоваться данными по количеству белка в сыворотке крови, показателями электролитного и водного обменов. Не рекомендуется применять полиглюкин, который ведет к повышению артериального давления. Для поддержки печени назначаются помимо глюкозы с витаминами холина хлорид, липамид, метионин. Особое место занимает терапия, направленная на улучшение коронарного кровообращения. Весьма желательно применение индуктотермии. Ее можно назначать не только на область почек, но и на область стоп, голеней. Кроме того, используют гальванизацию области «воротника» или эндоназальную гальванизацию (Стругацкий, 1981). Хороший результат нередко удается получить от электроанальгезии (Персианинов и др., 1978).

При хроническом нефрите у беременных с поздним токсикозом в зависимости от степени выраженности отеков, повышения артериального давления дифференцированно назначают гипотензивные и диуретические средства — дихлотиазид в дозе до 100 мг два раза в день и одновременно — хлорид калия. Дихлотиазид можно сочетать со спиронолактоном (в некоторых случаях суточная доза может составлять 300—400 мг). Показанными являются плазмозаместители, при гипопротейнемии — онкотерапия. При наличии гипертензии лучше применять препараты раувольфии, способствующие улучшению почечного кровотока. При очень высокой гипертензии показаны ганглиолитики (пентамин, бензогексоний). Основой патогенетической терапии хронического нефрита, в том числе и сочетающегося с токсикозом, являются кортикостероидные препараты. С учетом форм нефрита, степени активности процесса и функционального состояния почек возможно назначение преднизолона в дозе от 10—20 до 50—60 мг в сутки. Кортикостероиды уменьшают воспалительный процесс в клубочках почек, что способствует улучшению

филтрации и проявляется уменьшением мочевого синдрома, гематурии и протеинурии. Женщинам с явлениями гематурии показаны препараты, укрепляющие сосудистую стенку (рутин, кверцетин), при отсутствии повышения свертываемости крови можно назначить викасол.

При пиелонефрите и токсикозе проводится антибактериальная терапия, как профилактически, так и во время обострения инфекционного процесса, наблюдающегося при развитии нефропатии весьма часто. Больным назначают сульфаниламидные препараты (этазол, альбуцид, уросульфам), нитрофураны (фурагин, фуразолин, фурадонин), 5-НОК, нитроксолин, невидгамон и др. Из группы антибиотиков до получения антибиотикограммы микроорганизмов, высеянных из мочи, показаны полусинтетические пенициллины.

При позднем токсикозе, сочетанном с ревматическим процессом, пороками сердца, необходимо особенно тщательно проводить профилактические курсы антиревматической терапии, а при активации процесса — назначать беременным полный комплекс антиревматического лечения. Из кортикостероидов при токсикозе предпочтителен преднизолон, поскольку в отличие от кортизона он не приводит к нарушению баланса калия и натрия, весьма нежелательного у больных с сочетанным токсикозом. Во время лечения особое внимание обращают на введение лекарственных средств, направленных на улучшение сердечной деятельности (строфантин, коргликон, изоптин, панагин, интесин, курантил, АТФ).

При лечении токсикоза, сочетанного с сахарным диабетом, в первую очередь важна тщательная коррекция изменений углеводного обмена — назначаются комбинации инсулина быстрого и пролонгированного действия. Не следует полагаться на компенсирующее включение функции поджелудочной железы плода. Вырабатываемый ею инсулин не проходит через плаценту в материнский кровоток и обуславливает утилизацию избыточного количества сахара крови лишь в организме плода в виде жировых отложений, отнюдь не улучшающих его состояние. Необходимо учитывать реальную возможность развития у женщин во второй половине беременности гипогликемических состояний (Фелиг, 1985).

Разумеется, что лечение позднего токсикоза у беременных с сахарным диабетом должно проводиться без введения концентрированных растворов глюкозы. Сложность ситуации при такой сочетанной патологии в том, что нежелательно введение 5% раствора глюкозы и (из-за токсикоза) растворов хлорида натрия,

иногда очень нужных для капельных инфузий лекарственных препаратов. Если возможно, эти растворы заменяют 5% раствором углекислого натрия. Если все же приходится вводить 5% раствор глюкозы, следует в соответствующих дозах назначать инсулин. При присоединении инфекции мочевыводящих путей, способствующей декомпенсации сахарного диабета, в терапию включаются антибиотики широкого спектра действия.

Очень опасным является развитие позднего токсикоза на фоне патологии гепатобилиарной системы. Предшествующие заболевания печени (вирусный гепатит, хронический активный гепатит, холелитиаз и др.) создают предпосылки для развития токсикоза, а при его возникновении — для тяжелого течения заболевания, поскольку печеночные клетки оказываются недостаточно состоятельными для выполнения дезинтоксикационной и других функций. У женщин развиваются тяжелые осложнения, вплоть до гепатаргии. Для лечения рекомендуются глюкозотерапия в виде капельных вливаний неконцентрированных растворов, глюкокортикостеронды (преднизолон до 20—30 мг в сутки), анаболические стеронды (метандростенолон по 5 мг два раза в день). В процессе проведения витаминотерапии (В₁, В₅, С) назначается викасол (печень может вырабатывать недостаточное количество фибриногена), чтобы обеспечить свертывание крови. Целесообразно при заболевании печени вводить в организм липотронные вещества (метионин, липамид, глютаминсовая кислота). Как правило, бывает показанной онкотерапия (альбумин, протени, плазма) ввиду развивающейся гипопротенемии, усиливающей проявления отечного синдрома у беременных.

В клинике нефропатии помимо васкулярных большую роль играют волемические нарушения и диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (Макацария, Мельников, 1979). Поэтому в комплексе мероприятий по лечению беременных с поздним токсикозом, особенно развившимся на фоне почечных заболеваний (и сахарного диабета), придается важное значение препаратам, способным снижать периферическое сосудистое сопротивление, устранять волемические нарушения, улучшать микроциркуляцию и оказывать в отношении эритроцитов и тромбоцитов дезагрегирующий эффект.

При коррекции гемодинамических расстройств, легкой и средней степенях тяжести сочетанного токсикоза (табл. 5) мы отдаем предпочтение пероральному пути введения медикаментов. Для этого используем курантил (дипиридомол), карбохромен (интенсанн), клофибрат, циннаризин, никотиновую кислоту и ее производные (никошпан, компламин, никоверин), ацетилсали-

циловую кислоту, эуфиллин и др. Вазодилататор курантил (таблетки по 25 мг) в суточной дозе до 200—400 мг улучшает микроциркуляцию, почечный и маточно-плацентарный кровоток, оказывает дезагрегирующий эффект.

Таблица 5

Схема терапии микроциркуляторных нарушений при поздних токсикозах

Лекарственные вещества	Часы приема									Всего
	6	8	10	12	14	16	18	20	22	
Перорально										
Настой из лекарственных растений, мл	—	100	—	—	—	—	—	100	—	200 мл
Фуросемид, табл. по 40 мг	—	1	—	—	—	—	—	—	—	40 мг
Курантил, табл. по 25 мг	—	3	—	3	—	3	—	3	—	300 мг
Панангин, табл.	—	2	—	2	—	2	—	2	—	8 табл.
Никотиновая кислота, табл. по 0,01 г	—	—	1	—	1	—	1	—	1	0,04 г
Аспирин, табл. по 0,5 г	—	1/2	—	—	—	—	—	—	—	0,25 г
Парентерально										
Эуфиллин 2,4% внутривенно, мл	—	—	10	—	—	—	—	10	—	20 мл
Гепарин, внутримышечно, ЕД	5000	—	—	—	2500	—	—	—	2500	10 000 ЕД

Ацетилсалициловая кислота при токсикозах оказывает благоприятное влияние на агрегацию тромбоцитов, гемоциркуляцию и диссеминированное внутрисосудистое свертывание. Кроме того, аспирин, угнетая биосинтез простагландинов, предупреждает преждевременные роды. При хорошей переносимости и отсутствии противопоказаний (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки) можно назначать внутрь до 0,5 г препарата в сутки, сочетая его с кверцетином или рутином, в течение 10—12 дней. При явлениях раздражения слизистой желудка, тошноте и рвоте аспирин (по 1 г) в сочетании с эуфиллином (по 0,3 г) или папаверином (по 0,04 г) можно использовать в виде суппозиторий два-три раза в день. Применяется также и электрофорез аспирина на область матки.

Никотиновая кислота (таблетки по 0,05 г) заметно улучшает периферическое кровообращение и наиболее эффективна в сочетании с антиагрегантами (аспирин, курантил, папаверин) или препаратами, положительно влияющими на реологические свойства крови (эскузан по 10—15 капель три раза в день до еды). Назначение витамина РР больным сахарным диабетом противопоказано.

При заболеваниях почек, особенно гломерулонефрите, отмечается отек параваскулярной клетчатки. Для устранения этого отека и для повышения чувствительности сосудистой стенки к действию вазодилататоров назначаются салуретики (фуросемид 40 мг в сутки, гипотиазид 50—100 мг в сутки) совместно с калийвосполняющими препаратами (панангин, хлористый калий, аспаркам).

Пероральный путь введения этих лекарств сочетается с парентеральным применением эуфиллина (по 10 мл 2,4% раствора два раза в день внутривенно), аденозинтрифосфата натрия (по 2 мг 1% раствора внутримышечно), кокарбоксилазы (по 50—100 мг внутривенно), аскорбината натрия (по 2—3 мл 5% раствора внутривенно или внутримышечно), урутина (по 1 мл один-два раза в день внутривенно или внутримышечно), гепарина по 10—20 тыс. ЕД в сутки внутримышечно или внутривенно капельно.

Гепарин, назначаемый беременным с поздними, особенно сочетанными, токсикозами, обладает патогенетическим воздействием. Благодаря значительным размерам своей молекулы, гепарин практически не проникает через плацентарный барьер (и молоко матери), не обладает свойством кумуляции. Препарат ликвидировывает диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови и улучшает маточно-плацентарное кровообращение (Сафаров и др., 1981). Применение гепарина особенно показано беременным с гломерулонефритом для подавления гипериммунных реакций, аллергических и воспалительных проявлений, предупреждения поражения клубочковых структур, лечения нефротического синдрома. Противопоказанием к применению гепарина являются геморрагические диатезы неясной этиологии. Перед началом лечения гепарином необходимо исследование свертывающей активности крови.

При наличии нефрита у беременных с поздним токсикозом гепаринотерапию можно начать с внутримышечного введения 20 тыс. ЕД (табл. 6); в других случаях (табл. 7) следует отдавать предпочтение небольшим дозам гепарина (10 тыс. ЕД), потенцируя его действие применением дезагрегантов (аспирин, курантил, никотиновая кислота).

Через 4—6 ч после первой инъекции гепарина с целью контроля активности свертывающей системы крови используют тесты: время рекальцификации (на фоне лечения не должно превышать 6 мин), тромбиновое (не более 90 с), время свертывания крови (не более 20 мин). При необходимости внутривенно вводится 5 мл 1% раствора протаминсульфата. Препарат нейтрализует действие гепарина.

Таблица 6
Схема лечения гепарином позднего токсикоза, сочетанного с нефритом

Часы введения	Дни введения и дозы, тыс. ЕД				
	1—3	4—6	7—9	10—12	13—15
6	10	5	5	2,5	2,5
14	5	5	2,5	2,5	1,25
22	5	5	2,5	2,5	1,25
Суточная доза	20	15	10	7,5	5

Таблица 7
Схема лечения гепарином позднего токсикоза, не сочетанного с нефритом

Часы введения	Дни введения и дозы, тыс. ЕД				
	1—2	3—4	5—6	7—8	9—10
6	5	5	2,5	2,5	2
14	2,5	2,5	2,5	2,5	1,5
22	2,5	2,5	2,5	2,5	1,5
Суточная доза	10	10	7,5	7,5	5

При тяжелых формах сочетанного токсикоза указанный выше объем терапии дополняется трансфузиями оксодесмодуретиков (маннитол, сухая плазма, альбумин), декстранов (реополиглюкин, гемодез), щелочей (бикарбонат натрия), глюкозоновокаиновой смеси. Декстраны обладают выраженным антиагрегационным действием, снижают вязкость крови и периферическое сосудистое сопротивление, улучшая тем самым процессы микроциркуляции. Так как средние- и низкомолекулярные декстраны более длительно удерживаются в сосудистом русле, лучше всего использовать реополиглюкин (реодекс). Эти препараты применяются внутривенно капельно один-два раза в день.

Бикарбонат натрия, используемый для коррекции нарушений кислотно-щелочного состояния, особенно при декомпенсированном сахарном диабете, оказывает положительное влияние на процессы микроциркуляции, снижая сосудистое периферическое сопротивление. Применяется обычно 4% раствор соды по 100—150 мл внутривенно капельно один раз в два дня под контролем кислотно-щелочного состояния. С дезинтоксикационной целью также применяется унитиол по 10 мл 5% раствора внутримышечно один-два раза в день. Объем вводимой жидкости при трансфузионной терапии обычно составляет 1200—1500 мл в сутки.

При упорном течении сочетанного токсикоза можно применить экстракорпоральную квантовую гемотерапию в объеме 5—7 сеансов через один-два дня.

Об эффективности проводимой комплексной терапии судят по увеличению клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, улучшению состояния сосудов глазного дна, снижению артериального (особенно диастолического) давления, увеличению диуреза, уменьшению суточной протеннурии, увеличению объема циркулирующей крови и нормализации кислотно-щелочного состояния. Положительная лабораторная динамика служит поводом для уменьшения доз и объема применяемых препаратов.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ В РОДАХ

Аномалии изгоняющих сил

Наиболее часто встречающаяся патология в период родов — аномалии изгоняющих сил, проявляющиеся обычно в родовой слабости, реже — в дискоординации родовой деятельности. Фармакотерапия в этих случаях будет рациональной и эффективной только при учете нескольких обстоятельств. Во-первых, врач должен быстро и правильно оценить общий, акушерский и гинекологический анамнез роженицы. Во-вторых, принимается во внимание состояние внутривутробного плода и оцениваются его адаптационные возможности, так как известно, что большинство медикаментов, особенно липотропных, легко проникает через плаценту и попадает в кровь плода либо действует на плод опосредованно, изменяя характер и интенсивность маточно-плацентарного кровотока. В частности, депрессивное воздействие на плод могут оказать нейролептик дроперидол, транквилизатор седуксен (диазепам), а также анальгетики, как промедол, фентанил, текодии, могут вызвать угнетение дыхательного центра, поэтому их лучше применять лишь в первом периоде родов. В-третьих, должна быть оценена степень готовности организма женщины к родам, точнее, тот нейрогормональный фон, на котором возникла родовая деятельность. В зависимости от его характера схемы фармакологического воздействия будут различными. Косвенно оценить степень готовности организма женщины к родам можно доступными клиническими приемами — маммарным тестом (реакцией матки на раздражение сосков), окситоциновым тестом, визуальным и пальпаторным исследованием шейки матки, экспресс-цитологическим исследованием влагалищного мазка.

Фармакологические средства, применяемые для лечения аномалии изгоняющих сил, можно условно разделить на две группы. Одна группа — это комплекс медикаментозных средств, не воздействующих на мускулатуру матки. Медикаменты этой группы усиливают тонус, моторику миометрия косвенным, опо-

средованным образом. Они способствуют увеличению в миоетрии макроэнергических соединений (АТФ, эстрогены, МАП); усиливают окислительно-восстановительные реакции (глюкоза, галаскорбин, витамины С, группы В и их производные); возбуждают симпатическую нервную систему и выделение катехоламинов (хлорид калия); расслабляют шейку матки (спазмолитики); способствуют выработке эндогенного ацетилхолина (касторовое масло); вызывают временное торможение коры, уменьшают болевую импульсацию, способствуют кратковременному отдыху ЦНС (наркотики, анальгетики, транквилизаторы). Эти средства действуют более физиологично, и лечение аномалии изгоняющих сил, в том числе дискоординации, следует начинать с применения веществ этой группы.

Другая группа — это окситотические медикаментозные средства, усиливающие тонус и сократительную деятельность матки. Наиболее известен из них окситоцин — синтетический препарат, содержащий восемь аминокислот (октапептид). Он свободен от вазопрессина, протеннов и других примесей и равноценен эндогенному окситоцину. Выпускается в ампулах по 1 мл (5 ЕД). Введенный в кровь, он быстро (через 20 мин) инактивируется окситоциназой. При внутримышечном введении действие препарата наступает через 5 мин и длится до 1 ч. Для сублингвального и суббуккального приема используется дезалиноокситоцин в таблетках. Однако точное дозирование препарата в этой форме затруднительно. Использование окситоцина в родах чревато серьезными осложнениями. Могут возникнуть внутриутробная асфиксия плода, гиперактивность матки и разрыв ее, отслойка плаценты (Чернуха, 1982). Поэтому назначение окситоцина в родах должно ограничиваться строгими рамками. Окситоцин возможно применять в случаях слабости изгоняющих сил при полном или близком к полному открытию матки, в потужном периоде родов. Он противопоказан для лечения слабости в следующих случаях: несоответствие между тазом роженицы и плодом, неправильное положение плода, многоплодная беременность, рубец на матке, внутриутробная гипоксия плода, отслойка плаценты. Окситоцин снижает потенциал покоя и возбуждает потенциал действия клетки.

Кроме окситоцина, который является синтетическим препаратом, к группе окситотических средств следует отнести два наиболее часто применяемых органопрепарата — питуитрин (гифотоцин) и маммофизин. Питуитрин является водным экстрактом из задней доли гипофиза убойного скота. Он содержит кроме окситоцина вазопрессин, что ограничивает его применение при нефропатиях, гипертонической болезни, коронаросклерозе. При

слабости изгоняющих сил питуитрин вводится только подкожно или внутримышечно, но не внутривенно. Может применяться питуитрин, максимально освобожденный от вазопрессина (гифотоцин). Более физиологическое действие на миометр оказывает другой окситотический препарат — маммофизин, представляющий смесь экстрактов из задней доли гипофиза (питуитрина) и из молочной железы лактирующих коров. Вводится внутримышечно или подкожно. В отличие от питуитрина никогда не вызывает тетанических сокращений матки, а только ритмические. Противопоказания к назначению питуитрина, гифотоцина и маммофизина в родах принципиально те же, что и у окситоцина. Для усиления эффекта питуитрин (или маммофизин) комбинируется с хицином (схемы Штейна — Курдюновского или Штейна — Дубнова).

Лечение слабости целесообразно начинать с введения энергетических витаминоглюкозокальциевых смесей. Внутривенно вводится 40 мл 40% раствора глюкозы с 5 мл 5% витамина С, 10 мл 10% раствора глюконата кальция. Внутримышечно вводится 1 мл 6% раствора витамина В₁. Указанный комплекс медикаментов повышает энергетику обменных процессов в миометрии и может применяться как в сочетании с окситотическими веществами, так и самостоятельно, особенно при целом плодном пузыре. Введение указанной смеси можно повторять каждые 3—4 ч.

Для сенсбилизации матки к окситотическим веществам в лечении слабости обязательно используют эстрогены. Кроме того, эстрогены способствуют накоплению в миометрии фосфорных соединений, актомиозина, гликогена и тем самым усиливают его сократительную способность. Эстрогены вводятся из расчета 500 ЕД масляного раствора на кг веса роженицы с 0,5 мл эфира для ускорения всасывания внутримышечно или непосредственно в шейку матки. Последний путь введения эстрогенов в родах предпочтительнее, так как действие проявляется быстрее, а препарат попадает в кровь через 20 мин. Создавать «ускоренный» гормональный фон введенным эстрогенам в шейку целесообразно при преждевременном излитии околоплодных вод и страдании плода. Внутримышечное введение эстрогенов повторяется каждые 6 ч.

Для стимуляции выделения эндогенного ацетилхолина дается касторовое масло (60 г) и через 2 ч ставится очистительная клизма. Нередко эти методы в комплексном воздействии усиливают родовую деятельность и способствуют нормализации и усилению схваток. Однако лечебный эффект можно ожидать только в том случае, если роженица не утомлена. В противном

случае ей назначается медикаментозный сон или медикаментозный отдых. В качестве препарата, вызывающего кратковременный сон (в течение 2—3 ч), в акушерстве используется оксибутират натрия — гаммаоксимасляная кислота (ГОМК). После премедикации, включающей 20 мг промедола и 2 мг платифиллина, ГОМК разводится в 20 мл 40% глюкозы из расчета 50 мг сухого вещества на килограмм веса тела роженицы. Препарат очень медленно вводится в кровь. Оксибутират натрия относится к группе антигипоксантов, будучи близким по строению к метаболитам организма, он не имеет отрицательного воздействия на плод. Однако ГОМК противопоказан роженицам с гипертензивным синдромом (Федермессер, Церивадзе, 1975).

Кроме оксибутирата натрия в практике нашел широкое применение стероидный анестетик преднион (виадрил-Г). В малых и средних дозах он безвреден для матери и плода, быстро гидролизуется в организме, не действует на дыхательный центр. После медикаментозной подготовки атропином (1 мг) для получения медикаментозного сна (акушерского наркоза) в 10 мл 0,25% раствора новокаина растворяют 500 мг сухого вещества и вводят внутривенно, довольно быстро, чтобы избежать раздражающего действия на стенку сосуда. После инъекции руки приподнимают и массируют по направлению к плечу. Сон продолжается 1—3 ч. Преднион обладает гипотензивным действием, поэтому используется при нефропатии (Расстригин, 1978).

При отсутствии оксибутирата натрия можно заменить медикаментозный сон медикаментозным отдыхом, длящимся также 2—3 ч. В последнем случае вводятся наркотические препараты в сочетании с транквилизаторами, спазмолитиками, антигистаминными и ненаркотическими анальгетиками, потенцирующими эффект друг друга. Приведем в качестве примера один из возможных вариантов. Промедола 20 мг, реланиума 20 мг, анальгина 1 г, димедрола 10 мг, платифиллина 2 мг. Растворы вводят подкожно или внутримышечно. Однако акушерский наркоз (медикаментозный сон) эти препараты заменить не могут.

Кроме окситотических препаратов в последние годы стали использовать в целях усиления родовой деятельности β -адреноблокатор анаприлин (обзидан, индерал) и простагландины. В 400 мл физиологического раствора разводят 5 мг обзидана и вводят внутривенно с частотой 20—50 капель в минуту. Введение препарата дополняется назначением витаминноглюкозокальциевого комплекса. Обзидан противопоказан при заболеваниях сердца, астмоидном бронхите, артериальной гипертонии, аллергических состояниях.

Простогландин ($F_{2\alpha}$) в количестве 5 мг разводят в 100 мл 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно, начиная с 20 капель в минуту, через час увеличивают скорость введения до 30 капель и еще через час — до 40 капель в минуту. Простогландины с окситоцином потенцируют действие друг друга, отчего лечебный эффект возрастает. Противопоказания к назначению простогландинов аналогичны таковым для окситоцина (Савельева, Серов, Старостина, 1984).

В профилактике и успешном лечении аномалии изгоняющих сил главное значение принадлежит прогнозированию родов. В последние годы участились случаи упорной родовой слабости, не поддающиеся консервативному лечению и требующие оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения. В тех ситуациях, когда родовая слабость сочетается с преждевременным либо дородовым отхождением околоплодных вод, возникает опасность восходящей инфекции. В подобных ситуациях врач вынужден бывает производить кесарево сечение в неблагоприятных условиях с возросшей степенью риска септического осложнения. Чтобы этого не случилось, важно еще до того, как назначать родостимуляцию или родовозбуждение, определить реакцию организма женщины на это лечение. Особенно важен такой прогноз при отошедших водах, поскольку с каждым часом безводного периода нарастает опасность септических осложнений и уменьшаются благоприятные условия для абдоминального родоразрешения. В решении вопроса о прогнозе родов, кроме определения общего и акушерско-гинекологического анамнеза, главную роль играет правильная оценка степени готовности организма беременной женщины к родам. Полагая, что эта сторона вопроса имеет чрезвычайно важное практическое значение, мы хотим остановиться на ней несколько подробнее.

Можно назвать четыре основных практически важных теста, характеризующих готовность к родам. Наиболее простой и доступный тест, с которого может начинать врач, — это **м а м а р н ы й т е с т**. Массирующими движениями пальцев, как при сцеживании молока, начинают раздражать сосок и ореолярную область, пальпируя другой рукой матку. Раздражение производят в течение трех минут. Если в этот период происходит сокращение матки, то тест считается положительным. Раздражение рецепторов соска, соскового канала и цистерны приводит к рефлексу молокоотдачи, гормональным компонентом которого является выделение окситоцина из нейрогипофиза. Окситоцин вызывает сокращение матки. Если миометрий обладает достаточной возбудимостью, хорошо реактивен, высшие нервно-

рефлекторные звенья родовой доминанты находятся в состоянии готовности, то можно ожидать благополучного исхода родов (Роднина, Чеченина, 1979).

Окситоциновый тест имеет аналогичный маммарному физиологический механизм действия. Предложенный впервые Смитом (1953), он сейчас выполняется в модификации Eddie. В 100 мл 5% глюкозы или физиологического раствора NaCl разводят 0,2 мл (1 ЕД) окситоцина. Получается в 1 мл раствора 0,01 ЕД окситоцина. В шприц набирают 5 мл раствора (0,05 ЕД) и вводят внутривенно медленно со скоростью 1 мл в минуту, регистрируя сокращения матки. Проба положительная, если матка сокращается в течение первых трех минут введения препарата, иначе говоря, на дозы окситоцина от 0,01 до 0,03 ЕД. Если на большие дозы — то тест отрицателен (Королькова, Воронин, 1964). Большинство исследователей считают, что реактивность на окситоцин не зависит от того, какая по счету беременность у женщины.

Следующим тестом, который проводится перед влагалищным исследованием, является кольпоцитологический тест. Влагалище обнажают в зеркалах и желобоватым зондом или пинцетом берут мазок с боковой стенки влагалища на границе верхней и средней трети (место, наиболее чувствительное к гормональным сдвигам). Материал тонким слоем наносят на чистое покровное стекло и фиксируют в смеси Никифорова (50% смесь спирта и эфира) в течение 15 мин или на воздухе 20 мин, затем окрашивают по Романовскому (метиленовым синим, азур-эозин) и смотрят под микроскопом при малом, а затем при большом увеличении. Однако окраска по Романовскому весьма сложна, и поэтому для применения в широкой врачебной практике мы рекомендуем более простую окраску по Пик-Якобсону. Для приготовления краски по Пик-Якобсону используется карболовый фуксин и метиленовая синька. Карболовый фуксин готовится следующим образом: 1 г основного фуксина растворяют в 10 мл 96° спирта, оставляют раствор на сутки и затем вливают в 100 мл 5% карболовой воды. Метиленовая синька в количестве 10 г растворяется в 100 мл 96° спирта и выдерживается сутки. Затем перемешивается 6 мл полученного карболового фуксина с 24 мл раствора метиленовой синьки и 210 мл воды. В качестве экспресс-окраски можно использовать эозин. На мазок наносят 1—2 капли 1% водного раствора эозина и покрывают препарат покровным стеклом на 1—2 мин. Затем к одному краю покровного стекла прикладывают фильтровальную бумагу, на другой медленно наносят 2—3 капли дистиллированной воды и промывают препарат.

По классификации Я. Жидовски (1960), различают четыре типа кольпоцитологических мазков:

I тип мазка — навикулярный «поздний срок беременности», преобладают ладьевидные и промежуточные клетки в соотношении 3:1, в виде скоплений, цитоплазма их контрастна, базофильна, слизи и лейкоцитов нет, ЭИ и КПИ не более 1—3% (роды можно ожидать через 10 дней).

II тип мазка — незадолго до родов, меньше ладьевидных, больше промежуточных и поверхностных клеток (соотношение 1:1), скопления распадаются, клетки лежат более изолированно. Лейкоцитов и слизи нет. КПИ 4—8% (до родов 4—8 дней).

III тип мазка — «срок родов», почти нет ладьевидных клеток, преобладают промежуточные и поверхностные. «Грязноватые» клетки, расположенные изолированно, появляются слизи и лейкоциты, КПИ 15—20% (до родов 1—5 дней).

IV тип мазка — «несомненный срок родов», изолированные поверхностные клетки неярко окрашены, без четких границ, много лейкоцитов и слизи, КПИ до 40%.

Таким образом, наличие у женщин III—IV типов кольпоцитологических мазков говорит о готовности организма к родам.

Завершающим тестом, оценивающим степень готовности к родам, является оценка степени «зрелости» шейки матки, которая проводится с помощью влагалитного исследования. Наблюдением клиницистов было установлено, что чем более «зрелой» является шейка перед началом родов, тем быстрее протекают последние, и напротив, при неподготовленной шейке отмечается затяжное течение родов. В процессе подготовки половой системы к родам в шейке происходит ряд морфологических и биохимических изменений. Гипертрофируется соединительная ткань, разрастается сосудистая сеть с образованием большого количества венозных синусов. Изменяется мукополисахаридный состав основного вещества, набухают, разрыхляются и разволокняются коллагеновые структуры строения шейки матки. Весьма детально клинические признаки созревания шейки матки были изучены и описаны Г. Г. Хечипашвили (1971, 1974). Он рекомендует оценивать шейку матки по пяти основным признакам. Во-первых, консистенция шейки: имеются плотноватые участки, напоминающие хрящ ушной раковины, или размягченные участки (консистенция мочки уха). Недостаточно констатировать: «шейка матки плотная» либо «шейка матки мягкая», необходимо указать либо на частичное размягчение шейки по периферии с сохранением участка плотноватой ткани по ходу шеечного канала или в области внутреннего зева

(«конусовидный стержень», «ядро»), либо на полное размягчение шейки без наличия каких-либо участков плотноватой ткани.

Во-вторых, длина шейечного канала и длина влагалищной части шейки матки и их соотношение (разница длин канала и влагалищной части при хорошо выраженной зрелости шейки составляет менее 1 см). Длина влагалищной части шейки оценивается в сантиметрах, выделяются четыре степени укорочения: 1) шейка сохранена — 4 см и более; 2) шейка слегка укорочена — 3—4 см; 3) шейка укорочена — от 2 до 3 см; 4) шейка резко укорочена — 2 см и менее. Резкое укорочение шейки наблюдается при наибольшей ее готовности к родам.

В-третьих, оценивается степень проходимости шейечного канала, его форма и состояние внутреннего зева. Нужно различать пять вариантов проходимости шейечного канала для исследующего пальца: 1) наружный зев непроходим, «закрыт»; 2) наружный зев пропускает кончик пальца, «приоткрыт»; 3) наружный зев и канал проходимы для пальца, но лишь до внутреннего зева; 4) весь шейечный канал проходим для пальца за внутренний зев, который может ощущаться в виде кольцевидного валика (участок плотноватой ткани), что говорит о недостаточно выраженной готовности, либо он может быть тонким, податливым и при хорошо выраженной готовности шейки к родам совсем отсутствовать; 5) шейечный канал проходим более чем для одного пальца. В-четвертых, оценивается состояние нижнего сегмента путем пальпации через своды и толщина стенки шейки матки. При «зрелой» шейке вследствие истончения нижнего сегмента матки удается через своды пропальпировать лежащую часть. По мере приближения к родам стенка шейки матки значительно истончается до 0,4—0,5 см (первоначальная ее толщина — 1,5—2 см).

Наконец, в-пятых, диагностическое значение имеет расположение шейки в полости таза: чем ближе к проводной оси таза и ниже располагается шейка, тем более она подготовлена к родам. При отсутствии готовности шейка бывает расположена высоко, «элевирована» на уровне середины расстояния между верхним и нижним краями лона, а также отклонена от средней линии кзади («сакрально»), впереди, влево или вправо.

Между «незрелой» и «зрелой» шейками матки существуют промежуточные степени — «созревающая» шейка и не полностью «созревшая» шейка. Принимая во внимание все признаки «зрелости» и оценив «функциональную анатомию» шейки матки при влагалищном исследовании, можно считать шейку матки «зрелой» и полностью готовой к родам в следующем случае: шейка полностью размягчена (нет плотноватых участ-

тков), ее влагалищная часть укорочена менее чем до 3 см и длина шеечного канала не более чем на 1 см превышает длину влагалищной части, шеечный канал свободно пропускает один палец и более, плавно переходя в нижний сегмент, причем «валик» (уплотнение ткани) в области внутреннего зева не определяется, стенка шейки и нижнего сегмента значительно истончены (до 4—5 мм), сама шейка расположена строго по проводной оси таза и опущена так, что наружный зев определяется на уровне седалищных остей.

Промежуточная степень зрелости шейки (не полностью «созревшая») будет характеризоваться таким образом: шейка размягчена не полностью (пальпируются участки плотной ткани по ходу канала или в области внутреннего зева), влагалищная часть укорочена незначительно (длина ее более 3 см), и заметна разница между ее длиной и длиной шеечного канала (более 1 см); канал проходим для одного пальца за внутренний зев, причем у первородящих обычно с трудом, нет плавного перехода шеечного канала в нижний сегмент; умеренно истончена стенка шейки матки (до 1 см), и влагалищная часть расположена ближе к срединной линии таза, опущена вниз, но не доходит до уровня седалищных остей таза.

Наконец, «незрелую», не готовую к родам шейку матки можно охарактеризовать следующим образом: она плотная или размягчена на очень небольшом участке, влагалищная часть ее сохранена (длиной 4 и более сантиметров), стенки толстые (до 1,5—2 см), шеечный канал непроходим для одного пальца, она расположена «эксцентрично» и элевирована.

Приведенные диагностические тесты имеют большую практическую важность. Если организм женщины к родам не готов, то эффективность назначаемой в родовом блоке медикаментозной терапии снижается или отсутствует. Врач родового блока часто не имеет достаточно времени для осуществления медикаментозной подготовки женщины к родам, профилактики слабости изгоняющих сил и наблюдения за результативностью терапии. Особое значение диагностические тесты приобретают в случаях, когда роды осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод. В таких ситуациях в распоряжении врача для наблюдения имеется всего 6—10 ч, срок весьма короткий.

Рассмотрим некоторые варианты тактики врача родового блока при дородовом излитии вод. Возможен случай, когда организм женщины будет к родам не готов. Маммарный и окситициновый тесты отрицательные, типы кольпоцитологических мазков I—II, шейка незрелая или в начальной стадии созревания. В данной ситуации рассчитывать на эффективность медикамен-

тозного родовозбуждения и последующей родостимуляции нецелесообразно. Поэтому лучше предложить женщине родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Следующий гипотетический обобщающий случай: диагностические тесты указывают на промежуточную степень готовности к родам. Например, маммарный и окситоциновый тесты могут быть положительными, а шейка матки не полностью «созревшей», с тем или иным приближением к степени максимальной «зрелости». В такой ситуации прогноз родов и тактика врача будут зависеть от возраста роженицы, размеров таза, акушерского и гинекологического анамнеза, состояния внутриутробного плода и его адаптационных механизмов. При дополнительных отягощающих прогноз родов обстоятельствах (пожилой возраст первородящей, тазовое предлежание, отягощенный акушерский либо гинекологический анамнез, крупный плод, узкий таз, экстрагенитальная патология и т. п.) показано оперативное родоразрешение. Если же таких осложняющих моментов у роженицы нет, то врач может вести роды консервативно, начав терапию с подготовки организма, и в частности шейки матки, к родам, не прибегая к окситотическим препаратам, входящим в ряд схем родовозбуждения и родостимуляции. Эта подготовительная терапия обязательно включает эстрогены (вводить их лучше непосредственно в шейку матки), глюкозовитаминокальциевую энергетическую смесь, спазмолитики. Естественно, что при целых водах в данной ситуации возможности лекарственной терапии расширяются, поскольку удлиняется период времени их воздействия до назначения окситотических препаратов.

Наконец, возможен такой вариант ситуации, когда диагностические тесты указывают на полную готовность организма женщины к родам. Маммарный и окситоциновый тесты положительные, типы мазков III—IV; шейка матки «зрелая» или максимально приближается к таковой. В этом случае врач может надеяться на благополучный исход родов и предоставить их естественному течению, даже при наличии ряда отягощающих обстоятельств, но, разумеется, при условии отсутствия тех из них, которые исключают или ставят под сомнение возможность благополучного естественного родоразрешения (узкий таз, неполноценный рубец на матке, страдание плода и т. п.).

Таким образом, представив тактику врача при нескольких обобщенных, гипотетических вариантах акушерской ситуации, мы хотим подчеркнуть решающее значение для прогноза родов оценки степени подготовки к ним организма беременной женщины. Тщательное проведение указанных диагностических тестов у каждой поступившей на роды женщины и их правильная интерпретация позволяют врачу избежать многих ошибок.

ных и нерациональных действий при профилактике и лечении аномалии изгоняющих сил.

Гипоксия плода в родах

Одним из ведущих мероприятий в родах является снижение перинатальной смертности и заболеваемости во внеутробном периоде — устранение гипоксии плода, улучшение условий его жизнедеятельности. Под гипоксией нужно понимать недостаточное снабжение или неадекватную утилизацию кислорода тканями и органами плода (Федорова, 1982). Выделяют хроническую и острую гипоксию. В родах возникает, как правило, острая гипоксия, а хроническая наблюдается на протяжении беременности и в период родов углубляется.

По этиологическому признаку можно различать пять гипоксических состояний: гипоксическая гипоксия, вызванная снижением напряжения кислорода (P_{O_2}) в артериальной крови; циркуляторная, застойная гипоксия, зависящая от нарушения кровоснабжения тканей; анемическая (гемоглобиновая) гипоксия, вызванная недостаточностью гемоглобина крови; тканевая гипоксия, связанная с нарушением метаболизма на уровне клеток; и наконец, гипоксия тканей, вызванная снижением способности оксигемоглобина к диссоциации. Она обычно возникает после переливания больших количеств консервированной крови. Разумеется, что перечисленные типы гипоксии встречаются не отдельно, а в различных комбинациях.

Оценивая патогенетические механизмы влияния гипоксии на плод, можно выделить три переходных состояния. Сначала последствия гипоксии носят функциональный характер (функциональная гипоксия). При этом возникают компенсаторные гемодинамические изменения — тахикардия, повышение АД. Затем наступает метаболическая гипоксия, когда уменьшение снабжения кислородом приводит к расстройствам клеточного метаболизма. Однако эти нарушения еще обратимы. В дальнейшем может возникнуть деструктивная гипоксия, вызывающая необратимые деструктивные изменения на клеточном уровне.

В каких же случаях врач может ожидать гипоксию в родах, какие осложнения в процессе родового акта могут привести к гипоксическому состоянию плода? Это заболевания роженицы, в первую очередь сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Нагрузка в родах может вызвать ту или иную степень декомпенсации, что сразу ухудшит жизнедеятельность плода. Кроме экстрагенитальной патологии матери важнейшее значение имеют токсемикозы беременных, при которых всегда существует та или

ная степень выраженности гипоксии и гипотрофии плода. Естественно, что в родах она усугубляется.

Нарушения маточно-плацентарного кровотока могут возникнуть в родах и привести к острой гипоксии плода при таких осложнениях, как аномалии изгоняющих сил, длительный безводный период, отслойка плаценты, разрыв матки, и при нераціональном применении окситоцина.

Временное сдавление пуповины, вызывающее острую гипоксию у плода, происходит при родах в тазовом предлежании, обвитии пуповины и ее выпадении. Гипоксия может возникать и при повышении внутричерепного давления у плода в случаях чрезмерного сжатия головки тканями родового канала. Наконец, гипоксическое состояние может наблюдаться при нарушениях адаптационных возможностей плода (иммунологическая несовместимость, гипотрофия, диабетическая фетопатия, инфицирование плода и т. п.).

Диагностика гипоксии плода во время родов основывается главным образом на аускультации. Наиболее информативным является изменение частоты сердцебиения плода в ответ на схватку. При тяжелой гипоксии наблюдается либо значительная тахикардия (свыше 180 ударов в минуту), либо брадикардия (ниже 100 ударов в минуту). Длительная брадикардия служит плохим прогностическим признаком. Косвенным показателем страдания плода является появление мекония в околоплодных водах при головном предлежании. Амниоскопия, биохимические исследования, кардиомониторное наблюдение пока технически сложны и не получили широкого практического распространения.

Остановимся на возможностях фармакотерапии гипоксических состояний у плода во время родов. Важно, однако, помнить, что ни одно лечебное мероприятие во время родов не ликвидирует полностью причины гипоксии, а лишь временно улучшает условия жизнедеятельности плода. Поэтому в случаях упорной гипоксии плода необходимо принять меры для оперативного родоразрешения. К сожалению, условия для этого бывают не всегда.

Быстрого насыщения крови роженицы кислородом можно добиться с помощью оксигенотерапии: ингаляции кислорода либо кислородно-воздушной смеси (60% кислорода, 40% воздуха) длительностью 10—15 мин с такими же интервалами. Более длительное вдыхание кислорода вызывает гипероксидацию. Это может привести к окислению сурфактанта и неполному расправлению легких, сужению сосудов пуповины.

Наиболее распространенным препаратом, способным улучшить маточно-плацентарное кровообращение, является сибетин.

Его вводят внутривенно в 40% глюкозе в количестве 40 мг (4 мл 1% раствора). Сердечная деятельность плода нормализуется через 10—15 мин. Поскольку действие препарата кратковременно (30—40 мин), введение его следует повторять через час.

Обязательным компонентом в комплексном лечении гипоксии должны быть эстрогены. Они вводятся по 20—35 тыс. ЕД с 0,5 мл эфира, лучше всего в шейку матки. Через 10—15 мин улучшается маточно-плацентарное кровообращение и сердечная деятельность плода.

Для нормализации маточно-плацентарного кровотока в первом периоде родов можно применить сосудорасширяющие препараты — эуфиллин по 10 мл 2,4% раствора в 40% глюкозе в вену или курантил по 30 мг внутривенно.

Для снятия гипертонуса матки при чрезмерных схватках, сопровождающихся гипоксией плода, в последние годы начали использовать β -адреномиметики. Партусистен в дозе 0,5 мг (10 мл), растворенный в 250 мл физиологического раствора, вводится внутривенно капельно со скоростью 10—15 капель в минуту. При гиперактивности матки токолитики улучшают состояние плода, расслабляя миометрий и расширяя артериолы маточно-плацентарной сосудистой системы.

Для активации окислительно-восстановительных процессов у плода обязательно вводятся глюкоза (40 мл 40% раствора), инсулин 4 ЕД, аскорбиновая кислота (5 мл 5% раствора) и кокарбоксилаза (50—100 мг). Кокарбоксилаза улучшает маточно-плацентарный кровоток, активизирует тканевое дыхание, снижает ацидоз крови. В процессе гипоксии возникает избыток кислых продуктов обмена веществ. В связи с этим введение ощелачивающих препаратов является необходимым при осложненном течении родового акта. Чаще всего используется 5% раствор бикарбоната натрия в объеме 100—150—200 мл соответственно при малой, средней и большой массах тела (внутривенно капельно 60 капель в минуту). После окончания внутривенного вливания соды проводят инфузию 40% раствора глюкозы. Введение щелочи можно повторять через 2 ч. Ощелачивающим действием обладает и кокарбоксилаза, которая активизирует процессы окисления до конечных продуктов обмена. Некоторые авторы (Федорова, 1982) отмечают хороший терапевтический эффект смеси 40 мл 40% глюкозы с 4 ЕД инсулина и 100 мг кокарбоксилазы. Смесь вводится внутривенно за 15 мин до рождения плода и, по мнению авторов, стимулирует тканевое дыхание материнского и плодового организма.

При острой кислородной недостаточности плода у рожениц развивается гипокальциемия. Поэтому в комплекс терапии целе-

сообразно добавлять внутривенное введение 10 мл 10% раствора глюконата кальция.

Эти лекарственные препараты необходимо вводить в тех случаях, когда родовая деятельность усиливается окситоцином, который оказывает весьма неблагоприятное воздействие на плод, нарушая маточно-плацентарное кровообращение и приводя к гипоксии. Поэтому перед вливанием окситоцина и после него следует проводить инфузии раствора соды либо струйное введение кокарбоксилазы в 40% глюкозе.

Кроме указанных выше медикаментозных средств профилактики и лечения гипоксических состояний плода в родах, важнейшую роль играет бережное ведение родов: учитываются физиологические механизмы родового акта, их естественное течение не нарушается грубыми и ненужными вмешательствами. Психотерапевтическое воздействие словом и спокойным поведением, сохранение плодного пузыря, своевременное назначение транквилизаторов, спазмолитиков и анальгетиков, медикаментозного отдыха, центральной электроанальгезии — все эти моменты имеют важнейшее значение для правильного течения родового акта и создания благоприятных условий для реализации адаптационных возможностей плода.

Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде

Фармакотерапевтические средства являются одним из компонентов в комплексном лечении кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде. Кроме медикаментозных методов остановки кровотечений существуют механические и оперативные. Не вдаваясь в подробности этиологии и патогенеза, перечислим клиническую патологию, дающую кровотечения в родах:

— предлежание плаценты, полное (когда плацента полностью перекрывает внутренний зев) и неполное (когда плацента перекрывает зев только частично);

— преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

— разрыв матки;

— гипотония и атония матки;

— плотное прикрепление или приращение плаценты;

— разрывы мягких тканей родовых путей;

— гипо- и афибриногенемия.

Медикаментозные препараты, используемые в лечении осложнений, можно разделить на несколько групп.

Тонмоторные препараты, вызывающие сокращение мускулатуры матки и сдавление кровоточащих сосудов. Наиболее эф-

фективным препаратом в данной группе является 0,02% раствор метилэргометрина, вводимого внутривенно в количестве 1 мл в 20 мл 40% глюкозы при гипотонических маточных кровотечениях. Препарат вводится также внутримышечно или подкожно и вызывает быстрые и мощные сокращения матки. В связи с этим он противопоказан в период беременности и в родах.

В послеродовом периоде для лечения гипотонических кровотечений используются окситоцин, питуитрин, маммофизин. Механизм их фармакологического действия и пути введения были освещены в других разделах работы. Важно указать, что до отделения последа введение окситотических препаратов нежелательно, так как может быть нарушен нормальный физиологический механизм спонтанной сократительной деятельности матки, обеспечивающий отделение плаценты от стенок матки. В таких ситуациях ручное отделение и выделение последа будет затруднено вследствие спастического сокращения миометрия после внутривенного вливания метилэргометрина или окситоцина.

Следующая группа медикаментов используется в комплексе мероприятий по борьбе с кровотечениями и их последствиями — это препараты крови и кровезамещающие растворы. Считается, что если кровопотеря не превысила 700 мл, то она может быть восполнена одними кровезамещающими препаратами. Объем кровопотери от 700 до 1000 мл на 2/3 возмещается кровью и на 1/3 кровезаменителями. Кровопотеря 1000—1500 мл полностью возмещается кровью, и вводится 50% (от величины кровопотери) кровезаменителей (Рябцева, 1985). Гемотрансфузия является незаменимым компонентом в терапии акушерских кровотечений, она не только восполняет объем циркулирующей крови, но, главное, восстанавливает количество эритроцитов, транспортирующих кислород в ткани. В акушерской практике используется свежечитратная, нестабилизированная («теплая») донорская кровь (главным образом при гипо- и афибриногемических состояниях), консервированная кровь, эритроцитарная масса. Последняя содержит в два раза больше эритроцитов, но имеет повышенную вязкость, поэтому лучше сочетать ее введение с вливаниями реополиглокина, полиглокина.

При переливании больших объемов крови (более двух литров в сутки) могут возникнуть осложнения, вызванные нежелательными качествами крови, подвергшейся длительному хранению. К таковым можно отнести гипокальциемию, гиперкальциемию, повышение кислотности и коагуляционной активности, нарушение транспорта и отдачи кислорода.

С целью уменьшения опасности подобных осложнений на каждые 500 мл перелитой крови вводится: CaCl_2 10% — 10 мл, соды 4% — 25 мл, викасола 1% — 2 мл, аскорбиновой кислоты

5% — 5 мл, глюкозы 40% — 100 мл и 10 ЕД инсулина, кровь обязательно подогревается до 37°, добавляются кровезаменители.

Близка к крови по биологическим свойствам нативная и сухая плазма. Она может использоваться при гипофибриногемиях, поскольку содержит прокоагулянты. Вводится до 1000 мл плазмы.

Наиболее распространенными коллоидными кровезаменителями являются полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль. Полиглюкин, реополиглюкин, обладая высоким осмотическим давлением, задерживают в кровяном русле жидкость, повышают сосудистый тонус, очень медленно выводятся из организма. Они ликвидируют гиповолемию, повышают объем циркулирующей крови, улучшают реологические свойства крови. При нарушениях микроциркуляции наиболее показан реополиглюкин.

Желатиноль и полиглюкин вызывают и дезинтоксикационный эффект. Средняя доза желатиноля 500—1000 мл, полиглюкина и реополиглюкина — 500—1000 мл. Максимальная доза этих препаратов — до 2000 мл.

Не потеряли своего практического значения и кристаллоидные растворы. Несмотря на то что они быстро покидают кровяное русло, эти препараты ликвидируют дефицит внеклеточной жидкости, уменьшают вязкость и тем самым увеличивают скорость кровотока. Некоторые из них содержат электролиты (раствор Рингера, Рингера — Локка) и корригируют метаболические сдвиги. Наиболее распространены изотонический раствор (0.9%) хлорида натрия, 5% раствор глюкозы. В лечении геморрагического шока кристаллоидные растворы являются необходимым компонентом терапии.

Обязательной задачей лечения акушерских кровотечений и их последствий является восстановление коагуляционных свойств крови. Наибольшее значение имеет заместительная терапия. Наряду с препаратами крови вводится фибриноген. Критической величиной содержания фибриногена в плазме является 150 мг/%. Для инъекций 1—2 г сухого вещества растворяется в дистиллированной воде. При необходимости доза может быть увеличена до 4 г, вводится капельно, внутривенно. Оценить активацию фибринолиза и гипофибриногемии можно простым и быстрым способом — кровь, вытекающая из матки, не свертывается или образующиеся сгустки очень рыхлые и легко распадаются. В пробирку берут из вены 5 мл крови, и если в течение 3—5 мин не образуется плотный сгусток, то фибриногена в крови недостаточно. Необходимо учитывать то обстоятельство, что в 1 литре «теплой» донорской крови содержится 2 г фибриногена.

Специфическое кровоостанавливающее действие при повышенном фибринолизе оказывает аминокaproновая кислота. Она блокирует активирование механизмов фибринолиза, угнетает активность плазмы. При острых кровопотерях внутривенно вводится 5% раствор, в течение первого часа — со скоростью 30 капель в минуту, в последующие часы — до 10 капель в минуту, пока не произойдет остановка кровотечения.

Антифибринолитическим и антитромбопластическим эффектом обладает 1% раствор протамин-сульфата. Этот препарат также нейтрализует действие гепарина и используется при передозировке последнего, например, в терапии ДВС-синдрома. Протамин-сульфат вводится внутривенно по 5 мл.

Мы указали основные средства фармакотерапевтического лечения акушерских кровотечений. Их результативность зависит от своевременного применения. Фактор времени при акушерских кровотечениях играет решающую роль и определяет прогноз. Адекватная терапия должна быть начата как можно раньше.

Глава 7

ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ И ЛАКТАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

Субинволюция матки

В результате инволюционных процессов обратного развития в послеродовом периоде матка родившей женщины должна постепенно уменьшаться в размерах и массе (по длине она уменьшается в два с лишним раза, по массе — в 20 раз). Под влиянием послеродового сокращения матки и возникающей анемии происходит замещение мышечной ткани жировой тканью. На процесс обратной инволюции влияет возраст женщины, течение родов, конституция, правильное гигиеническое ведение послеродового периода. Правильной инволюции половых органов способствуют молодой возраст, раннее вставание роженицы, своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника. Чрезвычайно важную роль играет кормление грудью. Первое кормление грудью надо проводить как можно раньше после родов, желательно в первые часы, а затем соблюдать определенный режим. Хорошая лактация и сосательная активность ребенка являются одним из лучших профилактических мер в отношении субинволюции матки.

Субинволюция матки в той или иной степени сопутствует всем послеродовым заболеваниям (эндометриту, тромбофлебиту). Характерным клиническим признаком субинволюции матки является ее увеличение; другие симптомы (обильные выделения и субфебрилитет) встречаются не всегда. Указанные меры профилактики служат одновременно и средством терапии — активное отсасывание молока, раннее вставание и лечебная физкультура.

Из средств медикаментозного воздействия, применяемых для профилактики и лечения нарушений обратного развития матки, хорошо зарекомендовали себя лекарственные растения.

Водные настои из травы крапивы или водяного перца (2 ст. л. сухого измельченного растения на 200 мл воды), принимаемые в послеродовом периоде по 1/2—1/3 стакана три раза в день, эф-

фактивны в 96 % случаев. Кроме настоя, препараты крапивы можно применять в форме жидкого экстракта по 30 капель, разведенных в воде, три раза в день за полчаса до еды.

Весьма эффективным лечебно-профилактическим действием в послеродовом периоде обладают галеновые препараты из травы арипки. Лечебная эффективность арипки в этих случаях близка к действию спорыньи. Настойка арипки принимается по 40 капель три раза в день в течение 10—14 дней.

Наиболее активные алкалоиды спорыньи, такие, как эргометрин, эрготамин, назначаемые обычно парентерально для лечения субинволюции, применяются редко. Лучше использовать таблетированный медикамент эрготал, представляющий сумму фосфатов алкалоидов спорыньи. Он принимается по 0,001 г два-три раза в день в течение 7 дней. Для подкожного введения выпускается 0,05% раствор в ампулах по 1 мл.

Послеродовой инволюции способствует маммофизин, который вводится внутримышечно или под кожу по 0,5 мл два раза в день. В отличие от питуитрина он никогда не вызывает тетанических сокращений мускулатуры матки, повышает секрецию молока. Его можно заменить питуитрином или окситоцином, но это нежелательно.

Следует отметить, что в профилактике и лечении субинволюции медикаментозные средства занимают не главное место. Наибольшую роль играют раннее вставание, лечебная гимнастика, активное кормление ребенка. Очень эффективны постоянные влагалитные орошения морозовским наконечником по методу В. Ф. Снегирева. Процедура должна проводиться в течение 2—3 ч в день обязательно горячими ($T^{\circ}=43-46^{\circ}$) растворами жидкости, несколько дней. К сожалению, этот метод весьма результативного воздействия на половую сферу незадуманно забыт, между тем как показания к его применению довольно обширны (Бенедиктов И. И., 1972).

Послеродовой эндометриит

Наиболее частым проявлением послеродовых инфекционных заболеваний является послеродовой эндометриит. Он встречается примерно у 20% родильниц (Кулаков, Зак, Куликова, 1978). Предрасполагающими моментами к возникновению воспалительного процесса в послеродовой матке являются осложненные патологические роды и снижение иммунологической реактивности макроорганизма. Характерной клинической особенностью послеродовой инфекции и в том числе эндометриита

является неярко выраженная симптоматика, наличие стертых форм заболевания. Классическая форма эндометрита, прекрасно описанная Л. И. Бубличенко (1930), сейчас встречается только в одной трети случаев. Кроме классической формы в настоящее время выделяют abortивную форму, стертую форму и эндометрит после кесарева сечения (Кулаков, Зак, Куликова, 1984). Однако принципиальных различий между этими формами нет. Клиническая диагностика основывается на выявлении типичных признаков локального воспалительного процесса.

В связи с тем что патологический очаг не выходит за пределы матки, общее состояние роженицы при эндометритах, как правило, остается удовлетворительным. Может быть общее недомогание, связанное с повышением температуры. Её колебания весьма значительны и зависят от реактивности макроорганизма и вирулентности инфекционного начала. Соответственно температуре учащается и пульс, он имеет скачущий, иногда неровный характер и более слабого наполнения (Бубличенко, 1930). Пальпаторное исследование матки обнаруживает болезненность, особенно по ребрам ее, замедленное сокращение. Лохии изменяются как в качественном, так и в количественном отношении и обычно увеличиваются в объеме, приобретают бурый, сукровичный, гнойный, мутный оттенок и нередко сопровождаются ихорозным запахом. Функции других органов обычно не страдают. Картина крови характеризует воспалительную реакцию, умеренно увеличивается лейкоцитоз со сдвигом влево, повышается СОЭ.

Своевременно, рано начатое лечение эндометрита имеет важнейшее значение в предупреждении распространения инфекции за пределы матки и развития послеродового сепсиса. Основные принципы терапии зиждутся на повышении иммуно-биологических защитных реакций макроорганизма. Комплекс лечебных мероприятий должен содействовать ответным физиологическим реакциям организма на внедрение инфекционного начала, как бы помогать ему в ликвидации болезненных проявлений.

Одним из необходимых компонентов терапии эндометрита является местное лечение, имеющее цель отграничить очаг инфекции, снизить возможность распространения процесса за пределы матки.

Если в полости матки остались элементы плодного яйца, которые поддерживают воспалительную реакцию, служат хорошей питательной средой для микроорганизмов, то их следует удалить.

Для этого лучше воспользоваться вакуум-аспирацией, как более бережным методом, или же очень осторожным выскабливанием с помощью специальной тупой послеродовой кюретки с зубчиками. Эта процедура проводится на фоне введения сокращающих препаратов и антибиотиков с целью профилактики развития септического шока и аллергических реакций. Опорожнению матки от остатков плодного яйца способствует применение постоянных горячих влагалищных орошений по методу В. Ф. Снегирева. Горячие влагалищные души вызывают сокращение матки, удаление маточного секрета, прилив артериальной крови и усиленный приток лейкоцитов, уменьшают воспалительную набухлость тканей.

Показано назначение мягкодействующих сокращающих средств — эрготала, маммофизина, хинина, периодически применяется холод (пузырь со льдом на низ живота).

Чрезвычайно важное значение для успеха терапии имеет создание физического и психического покоя для больной. Нельзя забывать, что покой — лучшее противовоспалительное средство. Очень важен вопрос питания. Пища должна быть легкоусвояемая и достаточно калорийная. Предпочтительнее молоко и молочные овсяные отвары, сливочное масло, яйца всмятку.

Большое значение имеет уход за кожей, он обеспечивает правильные кожные выделения, равномерное и глубокое дыхание, повышение сердечной деятельности и поднятие у больной аппетита. Если невозможно принять теплую ванну или душ, то следует обтереть все тело прохладной водой с примесью какого-либо ароматического вещества (Скробанский, 1937).

Для борьбы с интоксикацией и обезвоживанием организма проводят инфузионную терапию. Вводятся изотонические растворы глюкозы, хлорида натрия. В сутки на килограмм веса вводится 30 мл жидкости, а при повышении температуры тела на 1°С количество вводимой жидкости на килограмм веса увеличивается на 5 мл. Однако внутривенные введения жидкости лучше заменить дробным и частым питьем прохладной воды с лимоном, клюквой или брусникой. Можно воспользоваться и капельными кишечными вливаниями. Обязательно назначение витаминов, особенно С, группы В.

Для ликвидации возбудителя инфекционного процесса в комплексное лечение эндометритов, как правило, включают антибиотики. Идеальным будет выяснение чувствительности выделенной микрофлоры и назначение соответствующего антибактериального препарата. Однако бактериологическое исследование требует нескольких суток, поэтому при назначении

антибиотиков должны учитываться следующие обстоятельства.

Необходимо использовать препараты бактерицидного и широкого спектра действия, поскольку к развитию эндомиометрита приводит инфицирование ассоциациями бактерий, чаще грамотрицательными бактериями и стафилококками. Кроме того, следует учитывать большую распространенность антибиотикоустойчивых штаммов. Поэтому назначают препараты, к которым устойчивость микроорганизмов не велика. Среди них большое значение имеют полусинтетические пенициллины — оксациллин, метициллин, карбенициллин. Они вводятся внутримышечно по 1 г четыре раза в сутки в течение 7—10 дней. Антибиотик широкого спектра действия ампициллин вводится внутримышечно по 0,75 г четыре раза в сутки. Карбенициллин вводят по 2 г четыре раза в сутки внутримышечно. Комбинированный антибиотик ампиокс назначается по 0,5 г четыре раза внутримышечно.

Другой группой антибиотиков выбора являются аминогликозиды (мономицин, канамицин, гентамицин). Лечение ими длится 6—8 дней. Канамицин вводится по 0,5 г три раза в сутки внутримышечно, мономицин — по 0,25 г четыре раза внутримышечно, гентамицин — по 0,04 г три раза в сутки внутримышечно.

Третья группа антибиотиков, которые целесообразно использовать, — цефалоспорины. К ним относятся цепорин, кефзол (цефазолин) и цефалексин (палитрекс). Они применяются по 1 г на введение четыре раза в сутки внутримышечно. Курс лечения длится 7—10 дней. При лечении этими препаратами кроме витаминов (аскорбиновой кислоты, группы В) назначается противогрибковый антибиотик — нистатин в таблетках по 500 тыс. ЕД за 30 мин до еды четыре раза в день, в целях профилактики возможного осложнения антибактериальной терапии — кандидомикоза.

Применение биосинтетических пенициллинов, стрептомицина, группы тетрациклина в настоящее время нерационально вследствие повышенной резистентности микроорганизмов, а также высокой токсичности некоторых антибиотиков (особенно тетрациклинов, левомицетина).

Послеродовой тромбоз

Целесообразно выделять две формы пуэрперального тромбоза — поверхностных вен нижних конечностей и глубоких вен бедра, таза, матки. Они различаются клиническим течением, прогнозом и способами терапии.

Тромбофлебит поверхностных вен сопутствует их варикозному расширению. Симптоматика характерна для воспалительного процесса венозных сосудов — вены напряжены, болезненны, кожа над ними гиперемирована (картина напоминает лимфангоит). Общее самочувствие больных не страдает, температура повышается незначительно, может учащаться пульс. Прогноз благоприятный, так как опасности эмболии почти нет и заболевание продолжается одну-две недели.

Тромбофлебит глубоких вен (маточных, тазовых, бедренных) протекает значительно тяжелее и прогностически менее благоприятен. Весьма трудно диагностировать тромбофлебиты маточных вен и таза (метротромбофлебит). При этом имеются классические признаки эндометрита; осторожной пальпацией можно обнаружить извитые тяжи на поверхности матки или в параметрии. Температура значительно повышается, учащается пульс. Нагноение тромбов вызывает пиемию, септикопиемию. Если тромбоз захватывает бедренную и подвздошную вены, то возникает белая болезненная опухоль бедра. Бедро, значительно чаще левое, отекает, становится болезненным, с явлениями парестезии, кожа блестящая, восковидная. Пульс сильно учащается. Как правило, тромбоз глубоких вен, в отличие от тромбоза поверхностных, развивается не сразу после родов, а спустя две-три недели и даже позднее. Заболевание продолжается в течение полутора-двух месяцев и чревато двумя грозными осложнениями — развитием общего сепсиса и легочной эмболией.

Большое значение в предупреждении тяжелых осложнений послеродового тромбофлебита принадлежит профилактике. Всем роженицам, страдающим варикозным расширением вен, болевшим в прошлом тромбофлебитом, производят тугое бинтование эластичным бинтом, назначают лечебную гимнастику, рекомендуют придавать ногам в постели возвышенное положение. Большое значение имеет лечебная физкультура, ранняя двигательная активность рожениц, стимуляция перистальтики кишечника для предупреждения запоров и метеоризма (абдоминальный массаж, растительные слабительные препараты — отвар крушины, плодов укропа и т. п.).

Из медикаментозных средств профилактики тромбофлебитов следует назначать напаверин по 0,02 г три раза в день как спазмолитик и сосудорасширяющий препарат, реополиглюкин 400 мл внутривенно в течение четырех дней, улучшающий реологические показатели крови и микроциркуляцию, гепарин по 5 тыс. ЕД подкожно три раза в сутки в течение семи дней для создания легкой гипокоагуляции; после окончания введения

гепарина можно перейти на введение препарата непрямого действия — фенилина (он не поступает в молоко матери) в дозе 0,015 г (1/2 дозы) три раза в день в течение недели. При назначении антикоагулянтов необходим постоянный контроль за уровнем протромбина. При снижении протромбинового индекса (ПТИ) до 40% введение препаратов прекращают.

Лечение послеродового тромбоза зависит от локализации и протяженности тромбоза. При наличии эмболической формы (илиофеморальный тромбоз) необходимо оперативное вмешательство (тромбэктомия, перевязка вены) во избежание тромбоэмболии легочной артерии. Основными компонентами консервативного лечения тромбоза являются антикоагулянты, спазмолитики, антифлогистонные препараты. При наличии септической инфекции следует добавить антибиотики.

Антикоагулянт прямого действия — гепарин вводится в течение 5—7 дней в суточной дозе до 40 тыс. ЕД в зависимости от показателя коагулограммы (снижение ПТИ до 50—60%). Затем приступают к лечению антикоагулянтами непрямого действия (фенилин по 0,03 г три раза в день). Одновременно с гепарином для растворения тромбов можно использовать фибринолизин (плазмин). Фибринолизин разводится в физиологическом растворе непосредственно перед употреблением, вводится внутривенно капельно. Препарат назначается обычно однократно в дозах 20—40 тыс. ЕД и вливается медленно, со скоростью 10—15 капель в минуту. Максимальная суточная доза составляет 60 тыс. ЕД. При недостаточном эффекте введение препарата можно повторить на вторые и третьи сутки лечения.

В качестве противовоспалительных и анальгетических средств при лечении пуэрперальных тромбозов используют аспирин (по 0,5 г три раза в день), бутадилон (по 0,15 г три раза в день), реопирин (смесь бутадилона и амидопирина) в драже или внутримышечно (очень медленно, по 5 мл через день, 3—4 инъекции). Эти препараты не следует применять длительное время из-за их многочисленных побочных явлений.

Из спазмолитических, сосудорасширяющих медикаментов назначаются папаверин, но-шпа, баралгин в обычных дозировках. Для улучшения реологических свойств крови проводится вливание полиглюкина, реополиглюкина.

Если тромбоз возник на фоне инфекционного пуэрперального процесса, то оправдано введение антибиотиков. Используются полусинтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины. Предпочтителен внутривенный способ их введения, для непосредственного воздействия на инфицированные

тромбы. Ампициллин применяется по 0,75 г четыре раза в сутки, ампиокс — по 0,5 г три раза в сутки, цефопин — по 1 г четыре раза в сутки внутривенно, капельно. Каждый грамм препарата разводится в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия. Продолжительность введения антибиотиков составляет 7—10 дней, до нормализации температуры и пульса. При отсутствии указанных групп антибиотиков можно воспользоваться натриевой солью бензилпенициллина, суточная доза которой составляет 20—30 млн ЕД, распределенных на 4—6 приемов. Для предупреждения кандидомикоза необходимо принимать листатин или леворин.

В дальнейшем больные нуждаются в реабилитации, так как тромбоз флебит глубоких вен конечностей полностью не излечивается. Очень часто возникает хроническая венозная недостаточность — так называемый посттромбофлебитический синдром. Происходит расширение подкожных вен, появляются боли, отеки, трофические язвы, в конечном итоге наступает инвалидность. В качестве реабилитации используются лечебная гимнастика, диетическое лечение, физиотерапия, занимающие весьма продолжительный по времени период. Поэтому очень большое значение принадлежит предупреждению преэпидемических тромбозов: оздоровление женщины до беременности, рациональное гигиеническое ведение беременности, родов и послеродового периода.

Сепсис (септицемия, септикопиемия, септический шок)

Под сепсисом понимается патологическое состояние организма, вызванное проникновением вирулентных патогенных микроорганизмов в кровеносную систему и комплексом патофизиологических реакций на выделяемые этими микроорганизмами эндо- или экзотоксины. Если сепсис протекает с неудержимым размножением инфекционных начал в крови без образования метастатических очагов, то следует говорить о септицемии (септическом шоке). Она обусловлена двумя главными причинами — резким снижением общей резистентности макроорганизма и значительной вирулентностью инфекционного агента. В тех же случаях, когда макроорганизм достаточно силен, чтобы воспрепятствовать прогрессирующему размножению в крови микробов и локализовать инфекцию в метастатических очагах, следует говорить о септикопиемии. Прогноз в этих случаях более благоприятен.

Клиническая картина сепсиса за последние несколько десятков лет претерпела существенные изменения. Эти измене-

ния, происшедшие со времени описания септицемии и септикопиемии в классических трудах Л. И. Бубличенко (1930), в значительной степени вызваны эрой антибиотиков. Широкое применение антибиотиков обусловило изменчивость биологических свойств микроорганизмов, способствовало изменению реактивности макроорганизма. В совокупности эти два фактора привели к изменению общей клинической картины сепсиса. С одной стороны, возникли чрезвычайно острые, молниеносные формы заболевания — септический шок. С другой — появились варианты «стертого» течения процесса, со слабовыраженной симптоматикой, весьма осложняющей и затрудняющей своевременную диагностику. Необходимо знание патогенеза сепсиса и общих закономерностей патологического процесса на уровне макроорганизма, чтобы своевременно поставить диагноз и провести адекватную терапию. Большую помощь в диагностике оказывает бактериологическое исследование крови.

Клиническая картина септицемии отличается от септикопиемии ранним началом, высокой температурой, ознобом и выраженной интоксикацией, которая характеризуется тахикардией, заторможенностью сознания, гипотензией, нарушением функции почек (олиго- и анурией).

Септикопиемия характеризуется множественностью поражения (легкие, печень, почки, матка).

Периоды короткой ремиссии сменяются повторными ухудшениями состояния. Это вызвано периодическим поступлением возбудителей инфекции в кровь из метастатических очагов. Таким образом, в отличие от септицемии для септикопиемии характерны наряду с функциональным расстройством многих систем органические поражения ряда внутренних органов. У таких больных диагностируется метастатическая пневмония, эндомиокардит, пиелонефрит, гепатит, гнойный менингоэнцефалит.

Общие принципы терапии послеродового сепсиса состоят из взаимосвязанных моментов — борьба с инфекцией с помощью антибактериальной терапии, повышение защитных сил организма, дезинтоксикационное лечение, нормализация нарушенных функций (симптоматическое лечение) и ликвидация очагов инфекции. Остановимся подробнее на основных направлениях терапии сепсиса.

Выбор антибиотикотерапии осуществляется дифференцированно в зависимости от особенностей клиники и от первичного очага инфекции. Необходимо назначать препараты второго поколения, широкого спектра действия, вводить их в боль-

ших дозах (мегадозы) в течение 5—7—10 дней. Для усиления лечебного эффекта антибиотики можно комбинировать между собой, например, цефалоспорины с аминогликозидами, полусинтетические и природные пенициллины с аминогликозидами.

В последнее время в лечении сепсиса большое значение придается группе цефалоспоринов. Кефзол или цефопин назначаются по 1 г через 4 ч или по 2 г каждые 6 ч внутримышечно или внутривенно. Цефамизин вводится также по 1 г четыре раза в сутки.

Широко применяются полусинтетические пенициллины. Оксациллин вводится внутримышечно по 1 г через 6 ч или внутривенно разведенным в 100 мл физиологического раствора. Ампициллин употребляется по 2 г через 6 ч внутримышечно или внутривенно с 20 мл физиологического раствора. Карбенициллин (пиопен) вводится по 2 г шесть раз в сутки внутримышечно или внутривенно в 40 мл физиологического раствора.

Из антибиотиков широкого спектра действия применяются аминогликозиды. Канамицин вводится внутримышечно по 0,5 г четыре раза в сутки, гентамицин назначают по 80 мг три раза в сутки. Возможно и внутривенное капельное (60 капель в минуту) введение аминогликозидов в течение двух-трех дней.

Из ранее применяемых пенициллинов не потеряли своего значения натриевая и калиевая соли бензилпенициллина. Суточная доза их составляет 20—30 млн ЕД и вводится в 2—4 приема.

Следующий принцип лечения сепсиса — повышение защитных сил макроорганизма в борьбе с инфекцией. С целью активации специфического иммунитета можно использовать антистафилококковый гамма-глобулин по 120 АЕ в день, через день в течение 5 дней. Антистафилококковая плазма вводится по 100 мл через два-три дня. Для стимуляции иммуногенеза используется лизоцим по 150 мг внутримышечно ежедневно в течение семи дней. Больные сепсисом нуждаются в весьма интенсивной инфузионной терапии. Объем переливаемых жидкостей рассчитывается из количества 40 мл на 1 кг массы тела в сутки. Наиболее часто используются плазмозамещающие коллоидные растворы — полиглюкин, желатиноль, реополиглюкин, гемодез, кристаллоидные растворы — физиологический раствор хлорида натрия, 5% глюкозы, раствор Рингера — Локка.

Для ликвидации потери калия, которая при сепсисе бывает весьма значительна, производят внутривенные вливания 1% раствора калия хлорида в количестве 150—200 мл.

Вследствие значительного белкового дефицита для дезинтоксикации и повышения онкотического давления крови вводятся белковые препараты — 10% раствор альбумина 300 мл или гидролизат казеина 450 мл. Полезно переливание 150—300 мл сухой и нативной плазмы. При снижении гематокрита ниже 30% показаны переливания небольших (300—500 мл) количеств крови.

При резком сдвиге кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза показано введение 4% растворов соды. Восполняют энергетические затраты организма и концентрированные растворы глюкозы (20—40%), которые вводятся с адекватными дозами инсулина (1 ЕД на 4 г глюкозы).

Если сепсис проявляется клинической картиной бактериального шока, один из характерных клинических симптомов которого снижение артериального давления, то приходится прибегать к помощи кортикостероидной терапии. Одновременно вводят до 500 мг гидрокортизона (или 120 мг преднизолона, или 16 мг дексаметазона). Можно повторять введение через 3—4 ч в течение 1—2 сут, затем дозировка постепенно уменьшается до 50—25 мг.

При сепсисе вводятся антигистаминные препараты — димедрол, супрастин, пипольфен в обычных дозировках.

Обязательным следует считать назначение витаминотерапии, нормализующей обменные, окислительно-восстановительные процессы: 5—10 мл 5% раствора витамина С в сутки, витамин В₁ 6% — 1—2 мл, В₆ 5% — 1—2 мл, В₁₂ — 400—500 мкг, кокарбоксилаза 100—200 мг. Во избежание химической несовместимости витамины следует вводить отдельно друг от друга. Кроме этого очень полезна гепатотропная терапия — сирепар — 2 мл, 1% раствор холина хлорида — до 200 мл, 10—20 мл эссенциале.

В качестве системной симптоматической терапии септических состояний используются сердечно-сосудистые средства, поскольку состояние сердечно-сосудистой системы при сепсисе играет решающую роль в исходе заболевания. Эта система несет значительную функциональную нагрузку, и ей необходима поддерживающая терапия. Внутривенно вводятся сердечные гликозиды — 0,5—1 мл 0,06% раствора коргликона, или 0,5—1 мл 0,05% раствора строфантина, или 1—2 мл 0,02% раствора изоланида. Лучше придерживаться небольших доз этих препаратов. С целью улучшения коронарного кровотока и трофики миокарда очень медленно внутривенно вводится 0,5% раствор курантила. Для улучшения периферического кровотока используются спазмолитики-вазодилаторы — эуфил-

ли 10 мл 2,4% раствора, 2% раствор но-шпы (2 мл), папавери-
на 2—4 мл.

Очень важно при септических состояниях организма ликвидировать очаг инфекции. Поскольку таковым очагом является обычно послеродовая или послеабортная матка, то речь идет о том, оставлять или удалять данный орган. Если раньше этот вопрос был дискуссионным, то в настоящее время существует единственное и рациональное решение — септический очаг должен быть удален и как можно скорее. Особенно быстро следует принимать решение при острой септицемии, или, по современной терминологии, при бактериальном шоке. Малейшее промедление с экстирпацией матки чревато смертью женщины. Начало интенсивной терапии бактериального шока является в определенной степени подготовкой и к последующей в ближай-
шие 6—12 ч операции. Временное улучшение состояния больной в ответ на проводимое лечение септицемии не является основанием для отмены или откладывания хирургического вмешательства. Объем операции — экстирпация или в крайнем случае (при тяжелых состояниях больных и отсутствии выраженных изменений в шейке матки) — низкая ампутация матки с трубами и последующим дренированием брюшной полости.

В заключение этого раздела подчеркнем, что главное значение имеет хороший внимательный уход за больными. Вселение в сознание женщины бодрости и оптимизма, обеспечение полного покоя, чистая удобная постель, хорошая, легкоперевариваемая и легкоусвояемая пища, тщательный уход за кожей, ежедневное опорожнение кишечника клизмами — вот альфа и омега лечения тяжелобольных пациенток. Как указывал в свое время выдающийся клиницист профессор К. К. Скробанский (1937), «хороший бережный уход, умение угодить больной и заставить ее даже при отсутствии аппетита хорошо питаться делают положительно чудеса даже в самых, казалось бы, безнадежных случаях септических заболеваний».

Лактационный мастит

Пуэрперальные, лактационные маститы встречаются весьма часто в структуре послеродовых заболеваний (в среднем 3—5%). Хотя прогноз для жизни в общем весьма благоприятен, мастит тем не менее является тяжелой, опаснейшей болезнью. Он нередко затягивается, требует повторных травматических вмешательств, вызывает истощение соматических и психических сил, очень неблагоприятно отражается на процессе

вскармливания ребенка, тем самым способствуя нарушениям правильного его роста и развития.

Для возникновения мастита необходимо наличие входных ворот для инфекции, вирулентной микрофлоры (таковой в настоящее время обычно является золотистый стафилококк) и ослабление защитно-приспособительных механизмов организма роженицы. Обычно входными воротами для инфекции являются трещины сосков, возникающие при кормлении. Инфекция через трещины проникает в лимфатические и молочные ходы. Застой молока (лактостаз) способствует размножению микрофлоры и развитию воспалительного процесса. Значительно реже мастит возникает вторично под воздействием метастатического очага инфекции, расположенного в матке.

Современная классификация подразделяет маститы по стадиям формирования воспалительного экссудативного процесса в тканях железы (Гуртовой и др., 1981). Выделяют серозный (начинающийся) мастит, инфильтративный мастит и, наконец, гнойный мастит, который может иметь диффузную, узловую, абсцедирующую, флегмонозную и гангренозную формы.

Мастит возникает обычно на 2—4-й неделе, т. е. после выписки роженицы из стационара. Он имеет общие и местные симптомы. Незначительно повышается температура (37,8—38,7°), несколько ухудшается общее состояние — слабость, разбитость, головная боль, познабливание. Молочная железа припухает и затвердевает, а отдельные участки кожи краснеют. Отчетливые инфильтраты не пальпируются, отмечается застой молока. При недостаточном лечении или отсутствии такового через два-три дня в железе определяются болезненные плотные инфильтраты, кожа над ними гиперемирована, иногда выявляется увеличение подмышечных лимфоузлов. Это говорит о переходе серозной формы мастита в инфильтративную.

Чрезвычайно важно начать интенсивное лечение пуэрперальных маститов как можно раньше, чтобы не допустить нагноения паренхимы молочной железы. Рассмотрим принципы терапии на стадии серозно-инфильтративных форм.

Для больной необходим постельный режим и покой, как общий, так и местный. Молочную железу лучше всего подвесить на косынке. Роженице следует лежать на спине или на противоположном больной железе боку. Должно быть обеспечено калорийное и легкоусвояемое питание, жидкость органичивать нельзя (норма 2—2,5 литра в сутки), необходимо следить за ежедневным опорожнением кишечника, прибегая по необходимости к слабительным или клизмам.

Так как застой молока способствует распространению воспалительного процесса, то в данной ситуации ликвидировать его можно двумя путями. Во-первых, сцеживанием молока — лучше молокоотсосом, чем вручную, поскольку это менее травматично. Во-вторых, применением средств, тормозящих лактацию. К таковым относятся камфора (в инъекциях по 2 мл 20% масляного раствора, в порошках по 0,2 г на прием), йодистый калий (3% раствор по 1 ст. л. шесть—восемь раз в день), мочегонные (гипотиазид 50 мг, фуросемид 40 мг, верошпирон 100 мг в сутки), половые гормоны, (эстрадиол-дипропионат 0,1%—1 мл в одном шприце с 0,5 мл 5% тестостерона-пропионата внутримышечно, 7 дней). Наиболее эффективен парлодел (бромэргокриптин), принимаемый по 2,5 мг два раза в день в течение нескольких дней. Есть опыт успешного применения эндоназального электрофореза витамина В₆, проводимого в течение нескольких дней. Эффективному опорожнению способствует назначение в первые сутки на железу электрофореза новокаина (2% раствор на 70° спирте), который оказывает противовоспалительное действие. На другой день проводят лечение электромагнитной волновой терапией сантиметрового диапазона, чередуя с ультразвуком, ежедневно в течение пяти дней (Хечинашвили, Андреева, 1979).

Однако следует учитывать, что подавление лактации весьма нефизиологично и чревато неблагоприятными последствиями как для самой женщины, так и для ее ребенка. Он лишается материнского молока в первые недели и месяцы своей жизни. Нечего и говорить о том, насколько это серьезно и нежелательно. Поэтому наиболее рациональным будет не прекращать кормление ребенка и не подавлять лактацию, а следить за полноценным опорожнением молочных желез. Из больной железы молоко удаляется молокоотсосом и после пастеризации скармливается ребенку. Из здоровой железы ребенок может высасывать молоко самостоятельно.

Важной частью комплексной терапии серозно-инфильтративных маститов в настоящее время являются антибиотики. Поскольку они могут попасть через молоко женщины к ребенку, необходимо исключить из этой группы медикаментов аминогликозиды, тетрациклины и левомицетин. Терапию лучше начинать полусинтетическими пенициллинами, к которым наиболее чувствителен золотистый стафилококк. Ампициллин натриевая соль вводится по 750 мг четыре раза внутримышечно; ампициллин-тригидрат — по 500 мг шесть раз внутрь; оксациллин — по 1 г четыре раза внутримышечно или внутрь; метициллин по 1 г четыре раза внутримышечно; карбенициллин (пиопен)

применяется по 2 г четыре раза в сутки внутримышечно; ампиокс — по 500 мг шесть раз в сутки внутримышечно. В тяжелых случаях можно использовать внутривенный путь введения. Кроме этой группы препаратов целесообразно применение цефалоспоринов. Цепорин и кефзол назначают по 1 г четыре раза в сутки внутримышечно или внутривенно. Длительность лечения антибиотиками 7—10 дней.

В обычных дозировках назначаются витамины группы В, С, противогрибковые препараты.

В комплекс лечения входит и десенсибилизирующая терапия — препараты кальция (хлористый кальций, лактат и глюконат кальция), димедрол, пипольфен, супрастин в обычных дозировках.

Для повышения резистентности, мобилизации собственных защитных сил макроорганизма применяются следующие медикаменты: продигиозан — липополисахарид бактериального происхождения в 0,005% растворе по 1мл с интервалом в четыре дня внутримышечно, 4 инъекции. Полиглобулин или γ -глобулин по 3 мл через два дня внутримышечно (4 инъекции), антистафилококковый γ -глобулин по 5 мл внутримышечно через два дня (4 инъекции). В качестве неспецифических стимуляторов и анаболитиков используются метилурацил по 0,5 г три раза в день, пентоксил по 0,4 г три раза в день, оротат калия по 0,5 г два раза в день. При подтверждении стафилококкового генеза мастита возможно внутривенное капельное вливание 200 мл антистафилококковой плазмы.

Если мастит проявляется выраженной интоксикацией, то необходима инфузионная терапия, но в умеренных объемах вводимых жидкостей. В сутки на один килограмм массы тела вводится 30 мл жидкости, а при повышении температуры тела на один градус объем жидкости увеличивается на 5 мл на килограмм массы.

Таким образом, необходимо стремиться к купированию пуэрперального мастита в самом начале его развития, своевременно осуществлять терапию. Если амбулаторное лечение, проводимое два-три дня, не дает результата, следует госпитализировать больную в специализированный стационар.

При переходе серозной и инфильтративной форм мастита в гнойную необходимо хирургическое лечение с обязательной госпитализацией родильницы. Своевременное вскрытие и широкое дренирование гнойного очага в железе значительно улучшает общее состояние, снимает интоксикацию, предотвращает распространение процесса. После вскрытия рана на молочной железе ведется по общим принципам лечения инфицированных

гнойных ран. Одновременно назначается комплексная терапия, о которой подробно говорилось выше.

В заключение хотелось бы сказать несколько слов о профилактике послеродовых маститов. Терапия развившегося мастита весьма сложна, длительна, не всегда достаточно эффективна. Нагноение железы и последующие операции на ней резко нарушают лактационную функцию, обезображивают и уродуют женскую грудь. Страдают мать и ее ребенок. Поэтому важно предупредить столь нежелательное осложнение послеродового периода. В этом деле огромное значение имеет санитарно-просветительная работа с будущими матерями как во время беременности, так и в первые дни послеродового периода. Женщина должна быть чистоплотной, уметь ухаживать за сосками и правильно давать грудь ребенку. Хотим в связи с этим сообщить читателям весьма оригинальный и эффективный способ профилактики и лечения трещин сосков у родильницы. Берется две половинки грецкого ореха, тщательно очищается и заглаживается их внутренняя поверхность (наждачной бумагой), и они в промежутках между кормлениями надеваются на каждый сосок и прижимаются бюстгалтером. Такая повязка создает условия, предупреждающие возникновение трещин соска или быстро их ликвидирующие.

Можно воспользоваться для лечения трещин сосков мазями из растительных препаратов. Весьма эффективна 20% вазелиновая мазь спиртовой настойки календулы (на 5 мл настойки календулы берется 25 г вазелина), мазь с соком каланхоэ (40 мл сока каланхоэ, 0,25 г фуразолидона, 0,25 г новокаина, 60 г ланолина). Из других известных и распространенных средств лечения трещин сосков в настоящее время применяются синтомициновая эмульсия, уснинат натрия, облепиховое масло и масло из плодов шиповника, 5% настойка марганцовокислого калия, ультрафиолетовое облучение.

Недостаточность лактации (гипогалактия)

Для развития ребенка и для правильной инволюции половой сферы матери, а также для ее душевного равновесия важно, чтобы в послеродовом периоде не снижалась лактационная функция молочных желез. Между тем недостаточное образование молока — весьма распространенное явление. Причины гипогалактии довольно разнообразны. К ним следует отнести соматические тяжелые экстрагенитальные заболевания, токсикозы беременных, инфекционные процессы, авитаминозы, недостаточность питания. Если роды осложнились сильными кровотечениями-

ми либо септической инфекцией, то наступает поражение гипофиза (синдром Шихана) со снижением выделения тропных гормонов, и в том числе пролактина. Весьма часто встречается психогенная гипогалактия. Наконец, имеет большое значение появление у родильницы трещин сосков (о профилактике и лечении трещин сосков сказано ранее), заболевание маститами, когда приходится искусственно тормозить лактацию, ограничивать или полностью исключать кормление ребенка грудью. Молочно-образовательная функция желез в условиях сниженной и неадекватной стимуляции постепенно прекращается.

Клинически выделяют раннюю гипогалактию, когда недостаток молока выявляется в первые 10 дней после родов, и позднюю — после 10 дней пуэрперального периода. Для объективной оценки степени гипогалактии существует формула, по которой рассчитывается количество молока, высасываемое новорожденным и грудным ребенком в зависимости от дня жизни и веса. Так, в первую неделю после рождения количество молока в сутки рассчитывается по формуле: $M=70$ или $80(p-1)$, где M — количество молока, p — число дней новорожденному; коэффициент 70 берется при массе ребенка в момент рождения не более 3200, а коэффициент 80 — при массе более 3200. В течение последующих 2—6 недель ребенок должен получать в сутки количество молока, равное $1/5$ его веса; в период 1,5—4 месяцев — соответственно $1/6$ его веса; в период от 4 до 6 месяцев — $1/7$ веса тела. Уменьшение объема выделяемого молока служит объективным критерием гипогалактии.

Для профилактики гипогалактии очень большое значение принадлежит раннему прикладыванию новорожденного к груди, лучше всего сразу после рождения или спустя первые 30—60 мин. В крайнем случае сцеживание или кормление следует производить через 6 ч после родов. При недостаточном сосании ребенка молоко необходимо сцеживать, соблюдая все технические и гигиенические правила. Концы большого и указательного пальцев располагаются по окружности околососкового кружка и сдавливают грудь снаружи внутрь. Обычно кормление проводят через 3,5 ч по 15 мин в течение первых нескольких суток.

Раннее (в течение первых часов после рождения) прикладывание ребенка к груди физиологически обоснованно, так как стимулирует молокоотдачу, предупреждая мастит и гипогалактию, способствует своевременному сокращению матки и правильной инволюции, а новорожденному попадает молозивное молоко, содержащее большое количество ценных для ребенка иммуноантител. Кроме того, оно значительно калорийнее и содержит больше белков, чем зрелое молоко.

Большое значение следует придавать созданию кормящей матери психоэмоционального покоя, положительной эмоциональной обстановки. Важно легкоусвояемое и калорийное питание, в которое обязательно должно входить молоко, сметана, творог, пчелиный мед, толокно.

До назначения медикаментов целесообразно провести стимуляцию лактации физиотерапевтическими методами: общее облучение ртутно-кварцевой лампой через день, 5 сеансов; прогревание (соллюкс) по 10—15 мин 10 дней; УВЧ-терапия по 10 мин 10 дней; вибромассаж желез по 3 мин 10 дней; ультразвук по 3 мин 10 сеансов; франклинизация по 15 мин в течение 15 дней.

Из средств медикаментозного воздействия применяется лактогенный гормон (пролактин) по 1 мл внутримышечно два раза в день 6 дней. Лактогенным действием обладает и гормон задней доли гипофиза окситоцин, он вызывает усиление секреции гипофизом пролактина и вместе с тем стимулирует сократительные элементы в самой железе, вводится за 15 мин до кормления по 2 ЕД внутримышечно два раза в сутки. Можно воспользоваться, при отсутствии пролактина, стимулирующим действием молока другой родильницы, в состав которого входит эндогенный пролактин. После очистительной клизмы в прямую кишку вводят по 50 мл три раза в день грудное молоко, взятое у другой родильницы на 3—5-й день после родов.

В комплекс лечения гипогалактии обязательно включаются витамины. Витамин С (по 0,2 г в день) сочетается с глютаминовой кислотой (по 0,5 г три раза в день), курс — две недели. Внутрь назначается никотиновая кислота, которая катализирует многие из окислительно-восстановительных реакций в организме. Она вводится по 0,05 г два раза в день за 15 мин до кормления в течение 10 дней. Парентерально в инъекциях назначаются витамины А по 100 тыс. ЕД внутримышечно (25 дней), витамин В₁₂—50 мкг, чередуемый с витамином В₁ 1 мл 6% раствора, по 10 инъекций каждого.

Таким образом, комплексное лечение в сочетании с лечебным питанием, правильными режимом и техникой вскармливания способствуют восстановлению лактогенной функции молочных желез.

Послеродовые язвы

Послеродовые язвы поражают шейку матки, влагалище или наружные половые органы (вульву).

Послеродовые язвы обычно возникают вследствие мелких

травм, размозженных или более глубоких ранений, разрывов мягких родовых путей, получаемых не только при прохождении плода через родовой канал, но и при оперативных вмешательствах (например, наложение акушерских щипцов). Наибольшее значение имеют разрывы промежности. Их частота отражает качество и квалификацию работы родовспомогательного учреждения.

Присоединение инфекции приводит к развитию некротических процессов, нагноению ран. Несвоевременное очищение раны и нарушение оттока может явиться причиной тяжелого общего инфекционного процесса, вплоть до сепсиса.

В профилактике послеродовых язв главное значение принадлежит бережному, асептическому ведению родов, хирургически правильному зашиванию, особенно глубоких ран влагалища, шейки и разрывов промежности: тщательное сопоставление однородных тканей, наложение швов из нескольких этажей, причем погружные, несъемные швы важно накладывать только из кетгута, а не из шелка (предупреждение лигатурных свищей). На кожу промежности следует накладывать так называемый адантационный шов, суть которого состоит в том, что игла с нитью вкалывается и выкалывается близко от краев раны (3—5 мм), а в глубине захватывается достаточно широкий массив тканей. После обсушивания линии швов следует нанести на рану слой антисептического клея — фурупласта, лифузола, которые быстро засыхают и образуют тонкую пленку, предохраняющую рану от инфицирования стекающими наружу лохиями. Это позволяет избежать ежедневного туширования линии швов каким-либо антисептиком. Так как пленка клея через один-два дня сходит, то необходимо повторное ее нанесение на линию швов в послеродовом периоде.

Для лечения инфицированных ран и язв нижних половых путей используются методы, применяемые в гнойной хирургии. При глубоких поражениях создают условия для стока гноя, язва обрабатывается перекисью водорода, можно воспользоваться протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин). Для этого фермент разводят новокаином, пропитывают им марлевые тампоны и вводят в рану. Для усиления грануляции и эпителизации ран можно воспользоваться мазью с календулой или с каланхоэ. Рецепты этих мазей приведены в разделе «Лактационные маститы». Мази применяют после очищения ран от некротических налетов и гнойного содержимого.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фармакотерапия в гестационный период жизни человека стоит обособленно от других разновидностей лечения. Выделение ее в особый раздел мотивировано качественно иными принципами фармакокинетики, фармакодинамики и взаимодействия лекарства с плодом в организме беременной и лактирующей женщины. Идеальными были бы такие ситуации, когда использование медикаментов беременной женщиной сводилось на нет или же ограничивалось самыми минимальными пределами.

Однако низкий коэффициент здоровья и, напротив, часто встречающаяся у женщин репродуктивного возраста хроническая патология внутренних органов вынуждают к активному медикаментозному вмешательству в период беременности, родов и лактации.

В связи с этим очень важной является разработка принципиальных подходов к акушерской фармакотерапии и четких терапевтических рекомендаций. Пока, к сожалению, в этих вопросах больше эмпирических, чем строгих научно обоснованных положений. В частности, мы еще мало знаем о тератогенезе многих лекарственных препаратов, их влиянии на маточно-плацентарное кровообращение и на биохимические превращения у плода. Несмотря на недостаточность наших сведений на современном этапе, понимание и соблюдение ряда принципиальных положений, раскрытых в монографии, позволяет до минимума свести неблагоприятные последствия лекарственного лечения в гестационный период.

Наиболее приемлемыми для беременной женщины способами коррекции нарушенных функций являются фитотерапия, физиотерапевтическое лечение, диететика, физические упражнения и соблюдение санитарно-гигиенических норм. Их комплексное использование важно как самое действенное средство предупреждения патологии. Сочетание этих факторов с фармакологически активными медикаментами потенцирует эффект лечения и позволяет снизить дозу последних.

Мы должны отдавать себе отчет в том, что фармакотерапия не действует на патологический процесс изолированно от физиологических мер защиты самого макроорганизма. Она лишь по-

могает восстановлению функций, нарушенных болезнетворным агентом. Главным действующим фактором являются защитные силы организма. Именно они играют решающую роль в исходе заболевания. Нам кажется, что акушерская фармакотерапия будущего станет опираться на более полные знания физиологии патологических процессов, роли и значения приспособительных, резервных механизмов противодействия повреждающим факторам среды.

Монография дает представление о современном состоянии лекарственной терапии в акушерстве. Разумеется, что с развитием фармакологии и фармации эти знания будут расширяться и углубляться, пополняться новыми сведениями. Однако основные принципы существенных изменений претерпеть не должны. Физиологический подход к больному и здоровому организму останется единственно правильным.

ЛИТЕРАТУРА

- Белкин К. Я. Тактика терапевта в родильном доме. М.: Медицина, 1968. 293 с.
- Беккер С. М. Патология беременности. Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1975. 503 с.
- Бенедиктов И. И. Гинекологический массаж. Ташкент: Медицина, 1972. 112 с.
- Бенедиктов И. И. Клиническое значение регулирующих систем: Актовая речь/Свердл. мед. ин-т. Свердловск, 1976. 30 с.
- Бенедиктов И. И., Пироговский Л. П. Препоксикоз и токсикоз беременных: Учеб.-метод. пособие/Свердл. мед. ин-т. Свердловск, 1978. 80 с.
- Бенедиктов Д. И., Бенедиктов И. И. Лекарственные растения в акушерско-гинекологической практике/Свердл. мед. ин-т. Свердловск, 1978. 112 с.
- Бенедиктов И. И., Бенедиктов Д. И., Шардин С. А. К вопросу о фармакотерапии плода//Современные методы диагностики и лечения перинатальной патологии. М.; Ереван, 1981. С. 52—53.
- Бенедиктов Д. И., Бенедиктов И. И. Целебные растения в акушерской практике/Свердл. обл. отд. здравоохранения. Свердловск, 1982. 72 с.
- Бенедиктов Д. И., Бенедиктов И. И. Целебные растения в акушерстве и гинекологии. Свердловск, 1985. 108 с.
- Бубличенко Л. И. Руководство к изучению лихорадочных послеродовых заболеваний. 2-е изд. М.; Л.: Госмедиздат, 1930. 368 с.
- Бурмейстер М. Значение питания матери в укреплении здоровья ребенка//Справочник лечебного питания. Рига, 1967. С. 297—299.
- Ванина Л. В. Беременность и роды при пороках сердца. М.: Медицина, 1971. 400 с.
- Ванина Л. В. Беременность и заболевания сердца//Акуш. и гинек. 1977. № 3. С. 64—69.
- Ванина Л. В., Смирнова Л. М. Беременность при клапанных пороках сердца//Мед. реф. журн. 1978. Разд. 10, № 7. С. 1—8.
- Васюкова Е. А., Зефирова Г. С. Неотложные состояния при сахарном диабете и их лечение//Тер. архив. 1982. № 10. С. 7—11.
- Гармашева И. Л., Константинова Н. Н. Введение в перинатальную медицину. М.: Медицина, 1978. 294 с.
- Гуртовой Б. Л., Серов В. Н., Макадария А. Д. Гнойно-септические заболевания в акушерстве. М.: Медицина, 1981. 256 с.
- Демидов В. Н. Синдром сдавления нижней полой вены//Вопр. охраны материнства и детства. 1976. № 10. С. 78—81.
- Димитров Д. Я. Анемии беременных/Пер. с болг. София.: Медицина и физкультура, 1977. 210 с.
- Елисеев О. М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. М.: Медицина, 1983. 240 с.

- Зак И. Р., Смекуна Р. А. Послеродовой сепсис//Акуш. и гинек. 1986. № 8. С. 65—68.
- Закиров И. З. Беременность и плод при болезни Боткина. Ташкент.: Медицина, 1973. 142 с.
- Иванов И. П. Современные методы профилактики, диагностики и лечения позднего токсикоза беременных: Метод. письмо. М., 1976. 36 с.
- Иванова А. В., Шардина Л. А., Рождественская Е. Д. и др. Трудности и ошибки диагностики неспецифического аортоартериита//Тезисы V Всероссийского съезда терапевтов. М., 1982. Ч. 1. С. 127—129.
- Идельсон Л. И. Гипохромные анемии. М.: Медицина, 1981. 190 с.
- Кирющенко А. П. Влияние вредных факторов на плод. М.: Медицина, 1978. 214 с.
- Клиническая фармакология при беременности/Под. ред. Х. П. Кьюмерле, К. Бренделя; Пер. с англ.: В 2 т. М.: Медицина, 1987. Т. 1. 328 с.; Т. 2. 352 с.
- Кобозева Н. В., Левинсон Л. Л., Шабловская Т. А., Хавезон Е. Б. О гипотензивном синдроме беременных в положении на спине//Акуш. и гинек. 1970. № 9. С. 59—63.
- Королева О. А., Воронин К. В. Клиническое применение теста чувствительности к окситоцину//Казан. мед. журн. 1964. № 3. С. 58—60.
- Кретова Н. Е., Павлова С. С. Анестезиологическое пособие в родах при позднем токсикозе беременных у больных пороками сердца//Вопр. охраны материнства и детства. 1975. № 2. С. 59—63.
- Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н. О профилактике и лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний//Акуш. и гинек. 1978. № 4. С. 37—40.
- Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н. Послеродовые инфекционные заболевания. М.: Медицина, 1984. 160 с.
- Кушаковский М. С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. М.: Медицина, 1983. 288 с.
- Ланцев Е. А., Архангельский А. Е. Неврологические осложнения у беременных и рожениц после введения дроперидола//Акуш. и гинек. 1977. № 11. С. 52—53.
- Лебедев А. А. Диуретики и кровообращение. М.: Медицина, 1984. 208 с.
- Левитан М. Х., Смесова Р. В., Партина Д. Ф., Михайлова Т. Л. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона у беременных//Тер. архив. 1979. № 3. С. 51—54.
- Липовский С. М. Запоры при беременности//Акуш. и гинек. 1976. № 8. С. 67—70.
- Луценко Г. Е. Охрана плода при ревматических пороках сердца беременной. Киев.: Здоров'я, 1980. 136 с.
- Маждраков Г. Инфекции, инвазии и паразитарные болезни почек//Болезни почек/Под ред. Г. Маждракова, Н. Попова; Пер. с болг. София, 1980. С. 311—409.
- Макацария А. Д., Мельников А. П. Патогенез и диагностика синдрома дессиминированного внутрисосудистого свертывания в акушерской практике//Акуш. и гинек. 1979. № 8. С. 54—57.
- Макацария А. Д., Добровольский В. И. Септический шок в акушерской клинике//Акуш. и гинек. 1986. № 8. С. 60—64.
- Мартышин М. Я., Архангельский А. Е. Опыт лечения ранних токсикозов беременности метоклопропамидом//Акуш. и гинек. 1981. № 3. С. 44—45.

- Минаяв Г. С., Смедуна Ф. А., Закиров И. Р. О применении антибиотиков во время беременности (обзор литературы)//Вопр. охраны материнства и детства. 1975. № 9. С. 77—80.
- Михайленко Е. Т., Радзинский В. Е., Захаров К. А. Лекарственные растения в акушерстве и гинекологии. Киев: Здоров'я, 1984. 136 с.
- Навашин С. М., Фомина И. П. Рациональная антибиотикотерапия. М.: Медицина, 1982. 496 с.
- Николаев А. П. Поздние токсикозы беременности. М.: Медицина, 1972. 175 с.
- Носаль М. А., Носаль И. М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. Киев: Госмедиздат УССР, 1959. 256 с.
- Пап А. Г., Самборская Е. П., Гутман Л. Б. и др. Некоторые вопросы рационального питания беременных//Акуш. и гинек. 1972. № 7. С. 28—32.
- Персианинов Л. С., Демидов В. Н. Особенности функции системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц. М.: Медицина, 1977. 288 с.
- Персианинов Л. С., Каструбин Э. М., Расстригин Н. Н. Электрональгезия в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1978. 240 с.
- Петров-Маслаков М. А., Сотникова Л. Г. Поздний токсикоз беременных. Ташкент: Медицина, 1971. 178 с.
- Пичуев В. П. Чтобы быть здоровой: Здоровье женщины. М.: Знание, 1985. 96 с.
- Подымова С. Д. Болезни печени: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1984. 480 с.
- Покровский А. В. Клиническая ангиология. М.: Медицина, 1979. 368 с.
- Потемкин В. В. Неотложные состояния в клинике эндокринных болезней. М.: Медицина, 1984. 160 с.
- Пророкова В. К., Мясникова Г. П. Принципы и методы применения антибиотиков в акушерстве//Акуш. и гинек. 1976. № 8. С. 66—67.
- Радбиль О. С. Фармакологические основы лечения болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 1976. 251 с.
- Расстригин Н. Н. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1978. 217 с.
- Роднина И. Е., Чеченина А. А. Маммарный тест для определения готовности организма к родам//Вопр. охраны материнства и детства. 1979. № 10. С. 64—66.
- Рычев В. Е. Холестазы и желтухи у беременных. Воронеж: Изд-во Воронеж. ун-та, 1981. 96 с.
- Рябцева И. Т. Геморрагический шок и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в акушерстве//Неотложная помощь в экстремальных состояниях в акушерстве/Под. ред. Э. К. Айламинова. Л.; М., 1985. С. 117.
- Савельева Г. М. Инфузионная терапия в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1976. 204 с.
- Савельева Г. М., Серов В. Н., Старостина Т. А. Акушерский стационар. М.: Медицина, 1984. 206 с.
- Сафаров А. Т., Закиров И. З., Макацария А. Д. Оценка эффективности гепаринотерапии при поздних токсикозах беременных//Акуш. и гинек. 1981. № 3. С. 46—48.
- Серов В. Н., Маркин С. А. Диагностика и лечение акушерского сепсиса//Акуш. и гинек. 1986. № 8. С. 12—17.

- Сидельникова В. М. Невынашивание беременности. М.: Медицина, 1986. 176 с.
- Симпсон Дж. Л., Голбус М. С., Мартин М. О., Сарто Г. Е. Генетика в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1985. 352 с.
- Скробанский К. К. Учебник акушерства. М.; Л.: Госиздат мед. и биол. лит., 1937. С. 511—512.
- Соколов С. Я., Замотаев И. П. Справочник по лекарственным растениям. М.: Медицина, 1984. 464 с.
- Соловьев В. Н., Бережинская В. В. Побочные реакции при антибиотикотерапии: (Обзор литературы)//Вопр. охраны материнства и детства. 1974. № 9. С. 63—69.
- Спесивцева В. Г., Шумаков В. И., Сейд-Гусейнов А. А. и др. Применение аппарата «искусственная эндокринная поджелудочная железа» при лечении больных сахарным диабетом//Тер. архив. 1980. № 12. С. 88—91.
- Стругацкий В. С. Физические факторы в акушерстве и гинекологии. М.: Медицина, 1981. 208 с.
- Тимошенко Л. В., Гайструк А. Н. Артериальная гипотония и беременность. М.: Медицина, 1982. 108 с.
- Федермессер К. М., Церивадзе Г. Г. Анестезия в акушерстве. М.: Медицина, 1975. 136 с.
- Федорова М. В. Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода. М.: Медицина, 1982. С. 6.
- Фелиг Ф. Эндокринная часть поджелудочной железы: сахарный диабет// Эндокринология и метаболизм/Под ред. Ф. Фелига, Дж. Б. Бастера, А. Е. Брадуса, Л. А. Фромена; Пер. с англ. М., 1985. Т. 2. С. 7—217.
- Хечинашвили Г. Г. Значение «зрелости» шейки матки для течения родового акта//Акуш. и гинек. 1971. № 1. С. 31—36.
- Хечинашвили Г. Г. Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам. Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1974. 116 с.
- Хечинашвили Г. Г., Андреева Г. Г. Физические факторы в комплексном лечении начинающегося (серозного) послеродового мастита//Вопр. курортологии. 1979. № 1. С. 65—67.
- Холодов Л. Е., Яковлев В. П. Клиническая фармакокинетика. М.: Медицина, 1985. 464 с.
- Цирюльников М. В. Токсикозы беременных. Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1973. С. 18—23, 36—42.
- Чернуха Е. А. Перенашивание беременности. М.: Медицина, 1982. 192 с.
- Шардина С. А., Зайков С. А., Шардина Л. А. Некоторые особенности антибактериальной терапии гестационного пиелонефрита//Гнойно-септические заболевания в акушерско-гинекологической практике. Свердловск, 1983. С. 19—21.
- Шардина Л. А., Луговая Г. И. Случай неспецифического аортоартериита с синдромом Такаясу у беременной//Тез. пятой науч.-практ. конф. врачей ГКБ № 40. Свердловск, 1982. С. 43—44.
- Шехтман М. М., Сафронова Л. А. Роль электроанальгезии в комплексном лечении нефропатии и гипертонической болезни у беременных//Акуш. и гинек. 1976. № 11. С. 49—52.
- Шехтман М. М., Волпин Е. А., Туренко А. И., Заманская Э. М. Лечение гипертонического синдрома гемитонном и изобарном при некоторых заболеваниях у беременных//Акуш. и гинек. 1977. № 3. С. 50—53.

- Шехтман М. М. Заболевания почек и беременность. М.: Медицина, 1980. 184 с.
- Шехтман М. М., Бархатова Т. П. Заболевания внутренних органов и беременность. М.: Медицина, 1982. 272 с.
- Abell D. A., Beischer N. A., Papas A. J., Willis M. M. The association between abnormal glucose tolerance (hyperglycemia and hypoglycemia) and estriol excretion in pregnancy//Am. J. Obstet. Gynecol. 1976. V. 124. P. 388.
- Bauld R., Sutherland G. R., Bain A. D. Chromosome studies in investigation of stillbirths and neonatal deaths//Arch. Dis. Child. 1947. V. 49. P. 782.
- Elias S., Simpson J. L. Evaluation and clinical management of patients at apparent increased risk for spontaneous abortions//J. H. Porter E. B., (Eds) Embryonic and Fetal Death. N. Y., 1980. P. 331.
- Lauritsen J. G. Aetiology of spontaneous abortion: A cytogenetic and epidemiological study of 288 abortuses and their parents//Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1976. V. 52. P. 127.
- Ruzicka P., Czeret A. Cytogenetic studies on midtrimester abortuses//Humangenetik. 1971. V. 10. P. 273.
- Saxen J. Cleft palate and maternal diphenhydramine intake//Lancet. 1974. V. 1. P. 407.
- Zidovsky J., Ulrich J. L'importance de l'examen simultane de la cytologie vaginale et de l'etat du col emant provocation du travail de L'accouchement//Gynec. Obstet. 1960. V. 59. P. 277—283.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	6
Особенности взаимодействия лекарственного вещества с системой мать — плацента — плод	6
Классификация лекарств и основные принципы фармакотерапии беременных женщин	10
Глава 2. ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ	17
Глава 3. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	30
Терапия ранних токсикозов	31
Терапия поздних токсикозов	35
Неотложная интенсивная терапия токсикозов	38
Терапия невынашивания беременности	41
Фармакотерапия гипотрофии плода	44
Глава 4. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	46
Сердечно-сосудистая система	46
Мочевыделительная система	70
Гепатобилиарная система	83
Сахарный диабет	86
Анемии	91
Глава 5. ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, СОЧЕТАННОЙ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	98
Сочетанные формы позднего токсикоза	98
Глава 6. ФАРМАКОТЕРАПИЯ В РОДАХ	106
Аномалии изгоняющих сил	106
Гипоксия плода в родах	116
Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде	119
	149

Глава 7. ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕРодОВОМ И ЛАКТАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ	123
Субинволюция матки	123
Послеродовый эндометрит	124
Послеродовый тромбофлебит	127
Сепсис (септицемия, септикопиемия, септический шок)	130
Лактационный мастит	134
Недостаточность лактации (гипогалактия)	138
Послеродовые язвы	140
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	142
ЛИТЕРАТУРА	144

akusher-lib.ru

**Иван Иванович Бенедиктов,
Станислав Андреевич Шардин,
Дмитрий Иванович Бенедиктов**

**АКУШЕРСКАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ
ИБ № 220**

Редактор *Н. В. Чапаева*

Технический редактор *А. И. Долженко*

Художник *М. В. Корякин*

Корректор *Г. Г. Быкова*

Сдано в набор 15.12.87.

Формат 60×84¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8,8.

Тираж 20000 экз.

Подписано в печать 19.04.88.

Бумага этикеточная

Усл. кр.-отт. 9,0.

Цена 80 коп.

Уч.-изд. л. 9,3.

Заказ 238

Издательство Уральского университета.
620219, Свердловск, ГСП-830, пр. Ленина, 136.

Цех № 1 объединения «Полиграфист». Свердловск, ул. М.-Сибиряка, 145.

В 1988 году в Издательстве Уральского университета выходит в свет монография:

Балезин Л. З. Воздействие производственных факторов на специфические функции женского организма (медеплавильное производство). Объем 8 п. л.

В монографии представлены данные о частоте экстрагенитальной гинекологической и акушерской патологии, а также изменения различных видов обменных процессов в организме женщины под влиянием производственных факторов. Разработан комплекс рекомендаций лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости работниц медеплавильного производства.

Для акушеров-гинекологов, а также санитарных врачей предприятий цветной металлургии.