

Как компонент комплексной терапии гестоза, холестатического гепатоза беременных, сопутствующих заболеваний печени, обладая прекрасной переносимостью, препарат должен занять достойное место в арсенале акушера-гинеколога.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А., Сичинава Л. Г. Плацентарная недостаточность. М 1991.
2. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. М 1989.
3. Вяткина Г. Ф. Современные уровни и структура перинатальной смертности в промышленных городах среднего Урала. Сб. науч. работ: Здоровье матери и ребенка и экономические проблемы, М. 1990. С. 118—125.
4. Сидорова И. С., Макаров И. О., Кузнецов М. И., Зотова Н. В., Панарина Е. Н., Трушина О. И. Определение фетоплацентарной недостаточности при позднем гестозе и тактика ведения беременных. // Рос. Вест. перинатол. и педиатр. 1997; 5:16—23.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДОПЕГИТА В ЛЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Т. Н. Колесникова, Л. А. Рюхтина, Е. В. Макарова,  
Т. М. Матророва, С. Б. Агафонов, Н. М. Миляева*

Уральская медицинская академия, 14-й родильный дом, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, г. Екатеринбург

Гестационная гипертензия обуславливает высокую материнскую (28%) и перинатальную (20%) смертность.

Даже легкая форма гипертензии беременных является причиной повышения показателей внутриутробной задержки развития плода (16%), дистресс-синдрома плода (28%) в антенатальном и интранатальном периодах. Частота преждевременных родов достигает до 15%, преждевременной отслойки — до 11%, кроме того, при хронической гипертензии возможно обострение ее в III триместре, что приводит к отеку мозга, кровоизлияниям, левожелудочковой недостаточности.

При анализе случаев материнской смертности от преэклампсии и эклампсии гипотензивная терапия оказалась самым слабым звеном в лечении гестоза беременных — имела место значительная недооценка этого компонента в комплексной интенсивной терапии. Во время пребывания в отделении патологии беременных, беременные с гестационной гипертензией получали стереотипное лечение. Необходимо отметить высокую зависимость тяжелых поражений мозга, особенно кровоизлияния в мозг, от уровня артериального давления. Опасность эклампсии, кровоизлия-

ния в мозг при высокой артериальной гипертензии резко увеличивается в периоде предвестников родов, при родовозбуждении, в начале и в конце периода раскрытия, в периоде изгнания. Следовательно, эти периоды должны быть особенно защищены назначением гипотензивных препаратов с учетом их эффективности, адекватности доз и путей введения.

Обзор гипотензивных препаратов, применяемых при лечении гипертензивных состояний при беременности, свидетельствует, во-первых, об их большом числе и разном механизме действия, что позволяет осуществить индивидуальный подбор, эффективно их комбинировать; во-вторых, — о наличии у многих побочных эффектов.

Цель лечения — предотвратить развитие серьезных осложнений гипертензии у матери и создать условия для нормального развития плода.

Индивидуальный и дифференцированный подход к тактике лечения гипертензии беременных имеет первостепенное значение в профилактике материнской и перинатальной смертности.

**Целью исследования** явилось изучение влияния допегита на гемодинамику матери и плода при гестозах легкой и средней степени тяжести.

#### **Материал и методы исследования.**

Клинические испытания допегита проведены у 30 беременных с легкой и средней степенью гестоза в сроке беременности 29—35 недель.

Проведено комплексное доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод, гемодинамических показателей матери. Допегит назначали с минимальной дозы 250 мг × 2 раза в сутки, а затем титрование дозы проводили индивидуально до 1,0—1,5 гр. После стабилизации артериального давления на целесообразных цифрах, дозу постепенно снижали до 1—3 таб. в день. Длительность лечения 2—3 недели. Допегит, или альфаметилдопа, является стимулятором альфаадренорецепторов, обеспечивает снижение общего сосудистого сопротивления и тем самым снижает артериальное давление. У всех беременных обследуемой группы имела место легкая или средняя степень тяжести гестоза, у 6 беременных гестоз развился на фоне хронической гипертензии. Средний возраст беременных 28 лет. Течение настоящей беременности осложнилось анемией у 60% беременных, ФПН — 34,7%, гипоксией — 20%, многоводием — 8,6%.

Динамика АД до начала и на фоне лечения:

САД — 135—140—145 мм рт. ст.; после лечения — 130—120 мм рт. ст.

ДАД — 90—95 мм рт. ст.; после лечения — 75—85 мм рт. ст.

У 25 беременных назначение допегита способствовало улучшению клинического течения заболевания, беременность прогрессировала до родов в срок. Масса новорожденных колебалась от 2950 до 3500 г, оценка по Апгар — 7—8 баллов. У 5 беременных эффект лечения был недостаточным, в связи с чем допегит применялся в комбинации с антагонистами кальция — нифедипином, верапамилом, коринфаром, внутривенным введением сернокислой магнезии.

При отсутствии эффекта решался вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования беременности.

Изучение гемодинамики матери до лечения допегитом показало, что при гипертензивных состояниях легкой степени имел место эукинетический и гиперкинетический тип кровообращения, при гестозах средней степени тяжести и тяжелой — гипокинетический тип кровообращения.

При гиперкинетическом типе кровообращения у 50% беременных имел место моносимптомный гестоз, который проявлялся гипертензией.

При гиперкинетическом типе кровообращения не наблюдалось прогрессирования тяжести гестоза и имели место наиболее благоприятные исходы беременности и родов.

Результаты гемодинамических показателей беременных с гестозом, леченных допегитом, показали достоверные различия таких показателей, как систолическое, диастолическое и среднее артериальное давление, ударный индекс (УА), сердечный индекс (СИ) и общее сосудистое периферическое сопротивление (ОПСС). Результаты комплексных доплерометрических исследований кровотока матери и плода показали, что при гестационной гипертензии происходит достоверное повышение периферической сосудистой резистентности в маточных артериях и артериях пуповины.

Допегит улучшал показатели центральной гемодинамики, а также положительно влиял на плодово-плацентарное кровообращение.

По данным наших исследований, допегит не требовал назначения диуретиков, не оказывал неблагоприятное влияние на плод.

При гиперкинетическом типе кровообращения возможно проведение монотерапии путем титрования допегита.

Во всех случаях наших наблюдений при легкой форме гестационной гипертензии получен стойкий эффект. Из побочных эффектов — возможен синдром отмены при неадекватной терапии допегитом.

При гестозе средней степени тяжести допегит может сочетаться с антагонистами кальция, транквилизаторами, празозином, диуретиками. Значительный эффект получен через 7—14 дней лечения. Вместе с тем, допегит не показан при почечной недостаточности (снижает клубочковую фильтрацию), при энцефалопатии (вызывает артериальную гипертензию), противопоказан при феохромоцитоме, острых и активных заболеваниях печени. Прием допегита необходимо прекратить за 7—10 дней до операции (может вызвать коллаптоидное состояние в наркозе).

Таким образом, наши исследования показали, что допегит является препаратом выбора при лечении легких форм гестоза и хронической гипертензии. Он обеспечивает зависимое от дозы снижение сосудистого сопротивления. Его можно использовать как средство монотерапии при легких формах гестоза или комбинированной терапии при гестозах средней степени тяжести. Возможность длительного пролонгированного лечения способствует донашиванию беременности и уменьшению частоты перинатальных потерь.

При лечении допегитом необходим строго индивидуальный и дифференцированный подход с индивидуальным подбором дозы препарата.

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

*А. В. Куликов, В. М. Егоров, И. И. Бенедиктов,  
Н. Н. Кузнецов, А. М. Якушев, Н. А. Коробейников,  
Е. А. Храмушина*

Уральская государственная медицинская академия  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ, кафедра  
неонатологии и перинатологии, кафедра акушерства и гинекологии, г. Екатеринбург

Артериальная гипертензия во время беременности и родоразрешения является одним из важнейших факторов риска развития таких осложнений, как нарушение мозгового кровообращения, отек легких, олигоанурия, синдром ДВС крови, хроническая гипоксия плода. Ее профилактике уделяется достаточно много внимания (3, 5). Однако, все меры профилактики АГ достаточно эффективны только тогда, когда имеется явное повышение артериального давления и задача усложняется,