

РАЗДЕЛ IV. РАЗНОЕ

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И
ВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ТУЧНЫХ

В.Н. Прохоров

Синдром ожирения (СО) - весьма распространенная патология женщин чадородного возраста, удельный вес ее достигает 15,5-26,9% среди всех беременных и не имеет отчетливой тенденции к снижению (Е.А. Чернуха, Г.Е. Чернуха, 1992).

Ожирение оказывает весьма неблагоприятное влияние на беременность, способствуя увеличению в 1,5-2,5 раза серьезных осложнений ее течения (ранний и поздний гестоз, угроза прерывания беременности, перенашивание) и родового акта (несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовых сил, кровотечение, материнский травматизм), росту перинатальной смертности, травматизма и заболеваний новорожденных (Луценко Н.С., 1986; Андгуладзе Н.Г. 1990; Зорин И.Г. 1992).

Увеличению частоты акушерских осложнений при СО способствует как сама тучность, так и сопутствующие экстрагенитальные заболевания внутренних органов, удельный вес которых при избытке массы тела значительно возрастает и в 1,5-2 раза превышает частоту аналогичной патологии среди женщин с нормальной массой тела.

Болезни сердечно-сосудистой системы у тучных беременных встречаются в 17,1-43,5% случаев, органов пищеварения - в 3,8-7,9%, органов мочевыделительной системы - в 4,8-9,9%, эндокринных желез - в 1,6-9,7%. Заболевания органов дыхания в анамнезе отмечаются в 77,1% случаев, инфекционные болезни - в 51,6-59,7%, заболевания и травмы центральной нервной системы - в 4,4-9,7% (Прохоров В.Н., 1979; Луценко Н.С. 1986). Весьма нередко беременность женщин с СО сопровождается ухудшением течения сопутствующих соматических заболеваний. У некоторых тучных женщин в периоде беременности впервые проявляется латентно текущая терапевтическая патология (хронический пиелонефрит, нейроциркуляторная дистония, сахарный диабет).

Учитывая вышесказанное, следует признать необходимым активное участие врача-терапевта в планировании и ведении беременности у женщин с СО. Подготовку к предстоящей беременности следует начинать в подростковом возрасте с момента передачи девушки, страдающей тучностью, из педиатрической службы под наблюдение участкового терапевта. Диспансерный учет больных с СО способствует решению таких задач, как стабилизация течения основного заболевания, снижение степени из-

бытка массы тела, коррекция метаболических нарушений, лечение сопутствующей патологии. Проводимые лечебные мероприятия способствуют также оптимизации функционального состояния генитальной системы, специфическую коррекцию нарушений которой при необходимости осуществляет акушер-гинеколог. При наличии противопоказаний к вынашиванию беременности рекомендуется осуществление контрацепции с началом половой жизни. Противопоказанием для вынашивания беременности при СО является не сама тучность, даже выраженная, а наличие у женщины тяжелой формы соматического заболевания в стадии суб- и декомпенсации (болезни сердечно-сосудистой системы, печени, почек, эндокринных желез и т.д.) или генетической патологии. Пролонгирование беременности при этих состояниях нежелательно в связи с угрозой для здоровья и жизни самой женщины и высоким риском рождения ребенка с пороками развития.

Женщинам с СО, не находившимся под наблюдением терапевта до беременности, необходимое обследование и лечение должно проводиться с I триместра гестационного периода. В комплекс обследования помимо общеклинических данных входят ЭКГ, определение сахара крови и мочи, тест толерантности к глюкозе, функциональные пробы печени и почек, коагулограмма, при необходимости - ультразвуковое исследование внутренних органов. По показаниями беременную консультируют эндокринолог, невропатолог, окулист.

В процессе динамического наблюдения за беременной с СО важны: регулярное определение уровня артериального давления на обеих руках, оценка наличия отеков, количества выпитой и выделенной за сутки жидкости, еженедельной прибавки массы тела, которая не должна превышать 390,0 г во II половине беременности. Контроль анализа крови осуществляется не реже одного раза в триместр, анализа мочи - один раз в 2 недели, а после 30-ти недель беременности - еженедельно.

Структура и течение патологии внутренних органов при беременности у тучных имеют некоторые особенности. Из заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее часто встречаются миокардиострофия, при которой нередки нарушения ритма, гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония, чаще по гипертоническому типу, варикозная болезнь. Артериальная гипертензия при гипертонической болезни и нейроциркуляторной дистонии у беременных с СО обычно не является стабильной и поддается стандартной терапии гипотензивными и седативными препаратами. Появление стойкой гипертензии обычно свидетельствует о возникновении позднего гестоза (ПГ), требующего специфической терапии. При наличии варикозной болезни сосудов нижних конечностей, обыч-

но прогрессирующей к концу беременности, следует обратить внимание на наличие признаков флебита, тромбофлебита, трофических расстройств, при необходимости назначить исследование коагулограммы и консультацию ангиохирурга.

К типичной патологии гепато-билиарной системы у тучных беременных относятся хронический холецистит, холецистохолангит, дискинезия желчных путей. Состояние печени характеризуется скрытой функциональной недостаточностью, нарастающей с ранних сроков беременности до момента родов и проявляющейся изменениями биохимических тестов (гипо- и диспротеинемия, гиперлипидемия, ухудшение гликогенсинтезирующей и гликогенфиксирующей функции печени), нарушением внутрипеченочной гемодинамики, тенденцией к гипокоагуляции. Указанные изменения объясняются наличием жировой инфильтрации печени, нарастающей параллельно степени тяжести и длительности ожирения. Возникающие у беременных с СО диспепсические явления нередко связаны с нарушением диеты или назначением эстрогенных препаратов.

Изменения в анализах мочи нередко отсутствуют, а появление протеинурии 0,033 г/л и выше обычно происходит за счет ПГ, развивающегося с 22-26-ти недель беременности, иногда значительно раньше, часто на фоне имеющегося хронического пиелонефрита. Для оценки функционального состояния почек, учитывая склонность хронического пиелонефрита к обострению во II половине беременности, осуществляется повторное исследование анализов мочи, пробы Нечипоренко, пробы Зимницкого, проводятся посев мочи на наличие флоры, УЗИ почек, при необходимости — определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции, исследование уровня азотистых шлаков в сыворотке крови.

Лечебные мероприятия при беременности, отягощенной СО, складываются из диетических рекомендаций (исключение легкоусвояемых углеводов, острых, соленых блюд, жирной пищи, ограничение жидкости до 800,0 в сутки, проведение разгрузочных дней), регулярных занятий лечебной гимнастикой, поддержания оптимального психо-эмоционального состояния.

Психологический статус беременных с СО отличает чрезмерный, не отвечающий действительности оптимизм, отрицание опасности имеющихся у них экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений, нередко депрессивные тенденции и склонность к игнорированию рекомендаций лечащего врача.

В связи с наличием у беременных с СО дистрофических изменений в паренхиматозных органах (сердце, почки, печень, поджелудочная железа) показано проведение комплексной метаболической терапии, включаю-

щей рибоксин, препараты оротовой кислоты, калиево-магнийевый комплекс и липотропной терапии, направленной на коррекцию нарушений липидного обмена: эссенциале, липостабил, липоевая, фолиевая и глютаминовая кислоты, метионин, пангамат кальция. Лечебные мероприятия проводятся курсами по 3 недели 1 раз в триместр.

Для борьбы с гиповолемией и отеками используется инфузионная терапия (альбумин, протеин, сухая плазма), и лишь при нормализации объема циркулирующей крови осторожно могут быть использованы мочегонные препараты (гипотиазид, фуросемид, бринальдикс, урегит, верошпирон, диакارب). В качестве гипотензивных препаратов и средств, улучшающих микроциркуляцию в паренхиматозных органах, применяют эуфиллин, но-шпу, дибазол, папаверин, препараты раувольфии (в I и II триместрах), клофеллин, допегит, в случаях упорной гипертензии за счет развития ПГ – сернокислую магнезию внутримышечно или внутривенно, а также реополиглюкин, реомакродекс и глюкозо-новокаиновую смесь внутривенно.

При появлении в анализах мочи признаков воспалительной реакции даже без клинических проявлений обострения инфекционного процесса в мочевыводящих путях необходимо назначение соответствующей терапии с использованием уросептиков и антибиотиков. В комплекс лечебных мероприятий входят оксигенотерапия, назначение антиоксидантов (витаминов Е и С, рутина), седативных препаратов (валериана, пустырник, седуксен, дроперидол), а также лечение сопутствующей анемии. Обязательным является проведение психотерапевтических мероприятий на протяжении всей беременности и особенно перед родами.

В послеродовом периоде тучные женщины, особенно с наличием заболеваний внутренних органов, нуждаются в наблюдении терапевта и проведении необходимых реабилитационных мероприятий.

ТАЙЛЕД – НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

И.В.Лещенко

Тайлед (недокромил натрия) представляет собой новое химическое соединение, которое оказывает выраженное ингибирующее действие на процесс выхода воспалительных медиаторов из различных типов клеток в просвет и слизистую оболочку бронхиального дерева (Vrijnzeel, 1990). Тайлед препятствует развитию бронхоспазма, повышению сосудистой проницаемости, приводящему к отеку слизистой, отсроченной астма-