Гестоз представляет собой осложнение физиологически протекающей беременности, характеризующееся глубоким расстройством функций жизненно важных органов и систем. Основу гестозов составляют генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, изменения реологических и коагуляционных свойств крови, нарушения микроциркуляции и водно-солевого обмена. Эти изменения вызывают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофии вплоть до некроза. Следует особо отметить, что данное патологическое состояние проявляется только во время беременности и, как правило, исчезает после её окончания или в раннем послеродовом периоде.

Гестоз занимает 2-3 место в структуре причин материнской смертности и является основной причиной перинатальной смертности и заболеваемости. Встречается в 13-16% от общего количества родов.

Длительное течение гестоза часто оказывается более неблагоприятным фактором для матери и плода, чем выраженность его клинических проявлений. При длительном течении заболевания неизбежны хроническая гипоксия и хроническое нарушение периферического кровообращения с развитием ДВС-синдрома. Важно подчеркнуть, что полностью излечить беременную от гестоза (даже протекающего в лёгкой форме) практически невозможно. Чем тяжелее заболевание, тем менее длительным должно быть его лечение, тем раньше нужно ставить вопрос о родоразрешении. Нередко родоразрешение является основным методом лечения гестоза, а иногда и единственной возможностью спасти мать и плод.

Однако не следует прибегать к родоразрешению без активного лечения беременной, если, конечно, нет срочных для этого показаний: приступа эклампсии, начавшейся отслойки сетчатки, кровоизлияния в мозг, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, нарастания почечно-печёночной недостаточности. Необходимо помнить, что в процессе родового акта, как правило, наблюдается утяжеление течения гестоза, поэтому перед плановым родоразрешением необходимо провести массивную комплексную терапию и тщательно оценивать эффективность проводимых мероприятий. Для досрочного родоразрешения следует использовать временное улучшение состояния женщины. При этом должны быть учтены:

1) степень готовности организма к родам, определяемая при помощи ряда клинико-лабораторных тестов и в первую очередь – оценки «зрелости» шейки матки;

2) наличие гипоксии плода, прогноз на его жизнеспособность во внеутробных условиях, что устанавливается при помощи аппаратного метода оценки его сердечной деятельности (ФКГ, ЭКГ), посредством биохимического метода исследования околоплодных вод (определения содержания креатинина, глюкозы, фосфолипидов, концентрации ионов водорода и др.) и с помощью ультразвукового сканирования.

В тех случаях, когда обнаруживается недостаточно выраженная готовность организма беременной к родам, необходимо провести комплекс медикаментозной терапии с целью ускорения формирования готовности путём применения эстрогенов, простагландинов, спазмолитиков, фермента гиалуронидазы (лидазы) и препаратов, стимулирующих обмен веществ (растворы глюкозы, кальция и витаминов). Целесообразно ректальное применение свечей с 17β-эстрадиолом и ультразвуковое воздействие на шейку матки. Добиться зрелости шейки матки необходимо, т.к. при её отсутствии практически у всех женщин начавшиеся роды приобретают патологическое, затяжное течение с выраженной дискоординированной сократительной деятельностью матки.

Принимая решение о досрочном родоразрешении, следует учитывать и интересы плода. Поэтому если состояние позволяет, необходимо воздержаться от родоразрешения до 35-36-недельного срока гестации. Когда приходится прибегать к более раннему родоразрешению, следует применить средства, ускоряющие внутриутробное созревание плода.

Досрочное прерывание беременности достигается обычными методами родовозбуждения: амниотомией, введением окситоцина и простагландинов, причём амниотомия обязательна. Следует иметь в виду, что при выраженной гиповолемии окситоцин не всегда эффективен. В связи с этим родовозбуждение следует проводить после интенсивной терапии, направленной на ликвидацию гиповолемии и выраженного сосудистого спазма. За 30 минут до введения окситоцина в целях профилактики эмболии околоплодными водами и тетанического сокращения матки, следует ввести в мышцы по 1 мл промедола и дипразина. При «незрелой» шейке для родовозбуждения целесообразнее использовать простагландины, т.к. они способствуют её расслаблению и облегчают прохождение плода через родовые пути.

Роды у женщин, страдающих тяжёлыми формами позднего токсикоза целесообразно проводить в специально оборудованной палате, где интенсивную терапию можно осуществить в полной мере, с обязательным участием опытного акушера и анестезиолога. Надо учитывать, что у таких женщин имеется тенденция к быстрому, и даже стремительному течению родового акта. Об этом следует особенно хорошо помнить во избежание травматизма роженицы и плода. Вместе с тем, современная терапия тяжёлых форм токсикоза, требующая включения нейролептических, наркотических и анальгетических средств, способна ослабить родовую деятельность и увеличить продолжительность родового акта. В таких случаях требуется своевременное назначение родостимулирующей терапии.

Немедленное родоразрешение необходимо обеспечить при эклампсии, тяжёлых осложнениях гестоза (экламптической коме, острой почечно-печёночной недостаточности, кровоизлиянии в мозг, отслойке сетчатки глаза).

Срочное родоразрешение показано при отсутствии эффекта от интенсивной терапии преэклампсии в течение 4-6 часов, нефропатии средней тяжести в течение 5-7 дней, лёгкой нефропатии в течение 12-14 дней. Длительность лечения при этом не является фиксированной цифрой, а может варьировать в зависимости от состояния женщины, плода, возможностей стационара и др. Дополнительным показанием к родоразрешению являются признаки фетоплацентарной недостаточности (внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода).

Тяжёлые формы гестоза, включая преэклампсию при отсутствии эффекта от терапии, эклампсию и её осложнения, являются показанием к кесареву сечению. При различных степенях нефропатии при наличии соответствующих условий возможно родоразрешение через естественные родовые пути.

При необходимости родоразрешения у беременных с нефропатией и готовности организма к родам (при биологической «зрелости» шейки матки) методом выбора является родовозбуждение после амниотомии. При отсутствии родовой деятельности в течение 2-3 часов после амниотомии следует приступить к родовозбуждению путём внутривенного капельного введения окситоцина.

Появление неврологической симптоматики (головная боль, тошнота, рвота), нечувствительность роженицы к медикаментозной терапии, признаки угрожающей асфиксии плода являются показанием к окончанию родов с помощью акушерских щипцов или экстракции плода за тазовый конец (при мёртвом плоде – плодоразрушающая операция) под закисно-кислородным и фторотаново-кислородным наркозом. При гестозе не используют вакуум-экстракцию плода, т.к. она не отвечает основной цели акушерского пособия, исключению потуг, а также способствует травматизации плода.

При невозможности вызвать роды вопрос решается в пользу абдоминального родоразрешения.

У некоторых больных с гестозом оперативное родоразрешение путём кесарева сечения наиболее целесообразно. При решении вопроса о производстве кесарева сечения у больных с тяжёлыми формами гестоза следует тщательно оценить состояние матери и плода, эффективность интенсивной терапии. Родоразрешение путём кесарева сечения должно производиться только при достаточно строго обоснованных показаниях:

1) припадки эклампсии у беременных, а также аномалии родовой деятельности у больных с эклампсией в родах при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;

2) отсутствие эффекта от лечения, производимого в течение 12-24 часов при тяжёлых формах преэклампсии;

3) кровоизлияния в мозг, глазное дно, прогрессирующая ретинопатия, почечная недостаточность;

4) тяжёлая форма нефропатии при отсутствии эффекта от проводимой комплексной интенсивной терапии на протяжении трёх дней и неподготовленных родовых путях, а также при отсутствии эффективной родовой деятельности у таких больных;

5) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

6) ВЗРП, хроническая гипоксия плода;

7) родоразрешение пациенток, если срок беременности не достиг 34-35 недель;

8) ухудшение состояния роженицы (повышение артериального давления, тахикардия, одышка, появление неврологических жалоб) или жизнеспособного плода в процессе родовой деятельности при отсутствии условий для быстрого завершения родов через естественные родовые пути.

При подготовке к операции кесарева сечения с целью повышения адаптивных возможностей плода используют внутривенное введение 20-25 мл 20%-ного раствора пирацетама в 200 мл физиологического раствора в течение 20-30 минут. Ноотропные вещества повышают устойчивость ЦНС плода к повреждающему действию гипоксии.

В настоящее время расширились показания к кесареву сечению при эклампсии. К ним относятся:

1) отсутствие быстрого эффекта при применении комплексной интенсивной терапии у беременных и рожениц в первом периоде родов (в течение 1-2 часов). Признаками ухудшения состояния матери является отсутствие снижения АД при назначении доступных средств, величина диастолического артериального давления, удерживаемая на уровне выше 110 mmHg, протеинурия, равная 0,3 г/л и более в сутки, ухудшение функции почек, что подтверждается олигурией, повышением содержания креатинина, уратов и мочевины в крови, снижением клиренса креатинина, быстрое развитие генерализованных отёков, отсутствие исчезновения субъективных симптомов.

2) неподготовленные родовые пути у беременных, даже при наличии достаточного эффекта при проведении комплексной интенсивной терапии.

3) осложнённое течение родов (нарушение сократительной функции матки, острая гипоксия плода и др.)

При незрелом плоде решение об оптимальном времени родоразрешения беременной с эклампсией зависит от степени сбалансированности риска недоношенности и опасности продолжения беременности, как для матери, так и для плода. В последнее время тактика превентивного кесарева сечения у беременных с эклампсией пересматривается при наличии методов мониторного контроля за функциональным состоянием жизненно важных органов и систем матери и плода. Установлено, что сократительная деятельность матки после перенесённых судорожных припадков у большинства женщин не нарушается, и возможно проведение родов через естественные родовые пути на фоне вспомогательной вентиляции и комплексной интенсивной терапии.

**Использованная литература:**

1. В.Н.Серов, А.Н.Стрижанов, С.А.Маркин. Москва: МИА, 1997. – стр. 146-147.
2. Э.К.Айламазян. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Нижний Новгород: НМГА, 1997. – стр. 20-26.
3. Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, А.Н.Стрижанов и др. Акушерство. – М.: Медицина, 2000. – стр. 400-426.