УДК618.3-008.6

Гестаційні набряки – контраверсійні та практичні аспекти

В.І. Пирогова
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Надо заботиться о здоровых, ради того, чтобы они не болели.
М.Я. Мудров

Висвітлено сучасні підходи до проблеми гестаційних набряків, патогенез розвитку набрякового синдрому, методи оцінювання його вираженості, диференційні підходи до ведення вагітності. Обгрунтовано необхідність призначення протинабрякової терапії вагітним. Показано, що препаратом вибору є Канефрон® Н, який чинить спазмолітичну, м'яку сечогінну, антисептичну, протизапальну і нефропротекторну дію, впливає на патогенетичні механізми формування набряків, а не просто на набряки як наслідок. Переваги Канефрону® Н спираються на значну доказову базу, накопичену у ході експериментальних і клінічних досліджень: відсутність ускладнень, небажаних побічних дій, можливість застосування протягом тривалого часу. Багаторічний досвід безпечного застосування Канефрону® Н в акушерсько-гінекологічній практиці дозволяє рекомендувати його як препарат вибору для усунення набряків у вагітних.

Ключові слова: *гестаційні набряки, вагітність, прееклампсія, Канефрон.*

Для забезпечення життєдіяльності, росту, розвитку ембріона і плода в організмі майбутньої матері відбуваються суттєві зміни, які стосуються практично всіх систем організму і призводять гомеостаз у стан нестійкої напруженої рівноваги, порушення якої може реалізуватись акушерською або перинатальною патологією [4, 5, 11].

Вагітність – це стан тривалої фізіологічної адаптації організму жінки до задоволення потреб зростаючого плода. Інтенсивність адаптації дещо перевищує потреби плода, що дозволяє створювати значні резерви і переносити різні стресові ситуації, оберігаючи розвиток вагітності і життєдіяльність плода. Перевищення функціональних можливостей організму матері призводить до формування ознак патологічної вагітності. Зміни в організмі жінки під час вагітності пов'язані з процесами інтенсивного розвитку плода і проявляються зростанням інтенсивності продукції гормонів, появою нових біологічно активних речовин, які не виробляються в позавагітному стані [4].

При фізіологічній вагітності мають місце виражені зміни гомеостазу, обмін речовин характеризується переважанням процесів асиміляції, що супроводжується збільшенням продуктів дисиміляції (CO_2, азотисті сполуки тощо); збільшується об'єм циркулюючої крові; починаючи з 15–17-го тижня вагітності збільшується швидкість клубочкової фільтрації, яка досягає максимуму до 20–25-го тижня [12].

Фізіологічна вагітність відрізняється вираженими змінами стану гідратації у зв'язку з підвищеною потребою у воді організму матері та плода. Важливу роль при цьому відіграють гормональні зміни, зокрема, збільшення продукції антидіуретичного гормону, що призводить до зміни величини осмолярності плазми крові та переважання тенденції до затримки води і утворення набряків [19]. Необхідно враховувати, що за період вагітності повинно накопичитись до 2–2,5 л води з відповідною кількістю поза- і внутрішньоклітинних іонів для плода, 1,5–2 л амніотичної рідини, до 2 л рідини у матці, плаценті і грудних залозах [16].

При вагітності гормональні зміни сприяють підвищенню проникності судинної стінки і створенню водного депо навколо судинної мережі внаслідок впливу гормонів на гідрофільність мукополісахаридів. У будь-якому випадку ці компенсаторні механізми, притаманні нормальній вагітності, можуть набувати і патологічного характеру, наприклад, при захворюваннях нирок [19]. Збільшення проникності капілярів для рідини і білка, спричинене підвищенням активності гіалуронідази, яка деполімеризує білково-мукополісахарідні комплекси міжклітинної речовини, має місце навіть при фізіологічній вагітності. Гідратація тканин супроводжується збільшенням вмісту в них осмотично активних речовин (солі, сечовини тощо), що зумовлено змінами обміну речовин в тканинах і зниженням фільтраційної здатності нирок [21].

До появи набряків, тобто переходу води з внутрішньосудинного в інтерстиціальний простір, призводять до підвищення гідростатичного тиску крові в капілярах, зниження колоїдно-осмотичного тиску плазми крові і підвищена проникність капілярної стінки. У нормі кожні 20 хв за рахунок різниці між гідростатичним і колоїдно-осмотичним тиском по обидві сторони капілярної мембрани між кров'ю та інтерстиціальною рідиною обмінюється кількість води, що дорівнює масі тіла [18].

Добове споживання води становить 0,5–2,5 л, потреба організму у воді залежить від віку, інтенсивності обмінних процесів, м'язової діяльності, функціонального стану нирок, температури навколишнього середовища, складу їжі тощо. У дорослих вона складає в середньому 40 г на 1 кг маси тіла. За добу до організму в нормальних умовах надходить близько 2,5 л води, включаючи екзо- й ендогенну; остання утворюється в організмі при розпаді білків, вуглеводів і особливо жирів, наприклад, при окисненні 100 г жиру утворюється 107 мл води, 100 г білка – 41 мл води, 100 г вуглеводів – 55 мл води.

Втрата води з потом і при диханні практично не підлягає добовій регуляції, і добові втрати цим шляхом становлять близько 1 л, а втрата йонів натрію сягає 30 ммоль. При високій температурі тіла і прискореному диханні втрата води під час дихання може сягати 1500 мл протягом доби. Надмірні втрати води і електролітів, у тому числі з потом, компенсуються нирками. Нирки є основним органом виведення води й електролітів з організму.

У звичайних умовах за добу виділяється через шкіру та нирки майже 1500 мл води, через легені – до 400 мл і через кишечник — приблизно 100 мл, вся вода організму оновлюється приблизно за 4 тиж.

Для організму оптимальним є стан нормоволемії, який регулюється системою ниркових, метаболічних й інших чинників. Первинну компенсаторну відповідь на гіповолемію і подразнення барорецепторів забезпечує симпатична нервова система (зростання серцевого викиду, збільшення артеріального опору, підвищення викиду реніну нирками і включення ренін-альдостеронового механізму з затримки в організмі натрію і води) із підвищенням артеріального тиску (АТ) і судинного об'єму. Затримка натрію супроводжується підви-

щенням осмоляльності позаклітинної рідини (плазми крові та інтерстицію), що сприяє збереженню води в організмі і артеріальний вазоконстрикції. При зростанні капілярного гідростатичного тиску за розвитку ендотеліальної дисфункції відбуваються надмірний перехід судинної рідини в інтерстиціальний простір із вторинним компенсаторним посиленням активності ренін-альдостеронової системи, затримка в організмі натрію і води, вазоконстрикція [5, 20].

Позитивний баланс води в організмі – це наслідок надмірної затримки нирками натрію, який є головним осмотичним катіоном для плазми крові і міжклітинної рідини. Збільшення обсягу інтерстиціальної рідини потенційно може призвести до появи набряків, але у здорових осіб цього не відбувається завдяки існуванню суворого балансу гемодинамічних сил уздовж стінки капілярів і адекватному функціонуванню лімфатичних судин. Для утворення генералізованих набряків необхідна присутність двох факторів: зміна капілярної гемодинаміки, що сприяє переміщенню рідини з судинного простору в інтерстицій, затримка натрію і води в нирках. Набряки стають клінічно очевидними тільки при збільшенні інтерстиціального обсягу на 2,5–3 л.

Однією з проблем під час вагітності, яка виникає чи не в кожної жінки, є набряки. На появу набряків під час вагітності впливає низка чинників.

Насамперед це одна з умов нормального перебігу вагітності – затримка рідини в організмі. Зростає об'єм циркулюючої плазми крові, а загальна кількість рідини в організмі вагітної може досягати 7 л. Під час вагітності організм жінки виробляє приблизно на 50% більше крові і лімфи. Затримка рідини збільшує еластичність тканин, забезпечуючи нормальну реакцію тіла жінки на збільшення матки з плодом у розмірах. Додаткова рідина необхідна для збільшення гнучкості суглобів і еластичності тканин на час пологів, що має забезпечити відсутність пологових травм жінки. Надлишок рідини, що спричинює набряки нижніх кінцівок, становить близько чверті від усієї маси тіла, яку жінка набирає за час вагітності.

Важливий вплив на механізм виникнення набряків здійснює збільшення в розмірах матки (додатковий тиск на вени, уповільнення відтоку крові з кінцівок – набряки стоп, щиколоток, гомілок).

Значну роль відіграють гормональні зміни: підвищення рівня в крові прогестерону вже з ранніх термінів гестації призводить до дилатації сечовивідних шляхів, затримки солей і рідини в організмі, венодилатації, що спричинює розвиток набряків. Значний внесок у розвиток набряків робить гіподинамія, при якій підвищення гідростатичного тиску в кровоносних судинах нижніх кінцівок призводить до посиленої фільтрації рідини через їхню стінку в навколишні тканини. Мають значення особливості раціону вагітної, в тому числі надмірне споживання солоних, гострих, смажених продуктів, які посилюють спрагу і збільшують добове споживання рідини [3].

Деяка набряклість може спостерігатися на будь-якому терміні вагітності, проте набряки нижніх кінцівок під час вагітності найчастіше з'являються приблизно на п'ятому місяці вагітності і можуть утримуватися протягом усього III триместру [7, 17].

До чинників ризику появи набряків належать також спека, тривале перебування у вертикальному положенні, неправильне харчування (занадто велика кількість солі в раціоні, дефіцит калію), зловживання напоями, що містять кофеїн, тип конституції: жінки гіперстенічного типу більш схильні до розвитку набрякового синдрому [5, 6].

Набряки під час вагітності – це загальне надмірне накопичення рідини в тканинах організму після 12-годинного відпочинку в ліжку або збільшення маси тіла більше ніж 350–400 г на тиждень. Одним з найбільш поширених патологічних симптомів під час гестаційного процесу є периферійні набряки. Поява набряків може бути пов'язана із застоєм крові в судинному руслі нижніх кінцівок при тривалому перебуванні на ногах, лімфо-венозною недостатністю, варикозною хворобою нижніх кінцівок, серцево-судинною патологією та патологією сечовидільної системи, підвищенням проникності судинної стінки, нарешті – розвитком прееклампсії вагітних. Однак наявність набряків не є діагностичним критерієм прееклампсії і на даний час виключена з усіх міжнародних класифікацій гіпертензивних розладів при вагітності, оскільки при фізіологічному перебігу гестаційного процесу частота набряків досягає 50–60% [5, 17, 18].

У першу чергу затримка рідини в тканинах проявляється на обличчі жінки: воно округляється, повіки припухають і візуально очі стають вужче й менше. Нерідко з припухлості на обличчі починаються ниркові набряки, що вимагають лікування. Серед іншого набрякає і ніс. Проблеми з носовим диханням – явище досить поширене серед вагітних, зумовлене гормональними змінами. При цьому слизова оболонка носа набрякає, дихання носом стає утрудненим, з'являється свербіж і сухість у носі. «Риніт» вагітних може проявлятися в різний час доби (наприклад, тільки ввечері і вночі або протягом усього дня), в різні терміни, а в деяких випадках супроводжує всю вагітність і зникає після пологів.

Значно частіше при вагітності набрякають руки і пальці, що супроводжується поколюванням, онімінням пальців рук. Явною ознакою набряків слід вважати утворення «симптому кільця». До утворення набряків рук під час вагітності більш схильні жінки, які багато працюють за комп'ютером або займаються справами, що потребують багаторазового повторення одних і тих самих дій. Проте найчастіше набрякають при вагітності нижні кінцівки. У більшості випадків набряки ніг при вагітності з'являються у III триместрі, це не свідчить про патологічні зміни, однак, у той самий час можуть виявитися однією з ознак прееклампсії, – якщо після 24-го тижня вагітності після нічного відпочинку набряклість ніг не проходить, з'являються набряки рук, обличчя, живота. Значний внесок у розвиток набряків робить гіподинамія, при якій підвищення гідростатичного тиску в кровоносних судинах нижніх кінцівок призводить до посиленої фільтрації рідини через їх стінку в навколишні тканини [3, 6].

Набряки можуть бути фізіологічними, зумовленими особливостями самого процесу гестації, і патологічними. Поява набряків під час вагітності далеко не завжди свідчить про розвиток гестаційних ускладнень. Вважається, що у двох третин здорових вагітних можуть виникати набряки. Для набряків вагітних, які не є ознакою ускладненого перебігу вагітності, характерно розташування на нижніх кінцівках (стопах, гомілках); поява у другій половині вагітності (після 20 тиж), коли навантаження на серце і судини значно збільшується через приріст об'єму циркулюючої крові; поява у другій половині дня, збільшення після тривалої ходьби або перебування у вертикальному положенні, а також в жарку пору року; зникнення після нічного сну; відсутність зниження діурезу [3, 6].

Крім гестаційних, під час вагітності можуть розвиватися також серцеві і ниркові набряки, які часто з'являються раніше, ніж у III триместрі і пов'язані з попередньою екстрагенітальною патологією, що допомагає у диференціальній діагностиці набрякового синдрому [19].

На сьогодні з позицій клінічної значущості набряковому синдрому відводиться незначне місце, однак, виходячи з патогенезу прееклампсії та інших гестаційних ускладнень, на практиці не можна відмовлятися від його оцінки [6, 18].

Вираженість набряків можна оцінювати за глибиною западини, що залишається після натискання, за чотирибальною шкалою (у порядку зростання ступеня тяжкості від 0 до 4 балів). Так, відсутність набряків відповідає 0, легкий ступінь вираженості набряку (глибина ямки після натискання до 2 мм) – 1 балу, помірна (глибина ямки 4 мм) – 2 балам,

середньої тяжкості (глибина ямки – 6 мм з видимою припухлістю) – 3 балам і важка – 4 балам.

При виявленні набряків вагітних проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку прееклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини і набряків, реєстрації рухів плода

Для виявлення прихованих набряків існує низка тестів. Однією з характерних ознак прихованих набряків є патологічне збільшення маси тіла або стрибок маси такого збільшення. При неускладненій вагітності середнє збільшення маси тіла складає 350–400 г на тиждень, або 1,5–1,6 кг за місяць (максимальне збільшення маси тіла не повинне перевищувати 2 кг). Для того щоб правильно визначити приріст маси тіла за тиждень, бажано робити зважування на одних вагах і в один і той самий час доби. У нормі за всю вагітність приріст ваги не повинен перевищувати 10–12 кг, однак у жінок з вихідним дефіцитом маси тіла приріст може досягати 15 кг, що не є ознакою патології. При цьому про дефіцит маси тіла можна стверджувати, якщо індекс маси тіла (ІМТ) до вагітності становив менше 20. Різкий стрибок приросту маси тіла (коли після періоду нормального приросту відзначається збільшення маси тіла на 500–1000 г і більше) також свідчить про затримку рідини в організмі [5, 6, 11, 12].

Для виявлення прихованих набряків можна рекомендувати вимірювання вранці обводу гомілковостопного суглоба – збільшення обводу на 1 см і більше за один тиждень свідчить про наявність візуально непомітних набряків.

Про затримку рідини в організмі також свідчить зниження добової кількості сечі. Як правило, оцінювання водного балансу рекомендується проводити при патологічному збільшенні маси тіла, що вагітна може здійснювати самостійно. Вагітну необхідно інформувати, що в обсяг випитого включають усі напої, супи, а також вага спожитих фруктів. У нормі кількість виділеної сечі повинна відповідати кількості спожитої рідини, а добовий діурез повинен складати не менше 1200–1500 мл.

Оцінюючи ті чи інші фізіологічні зміни під час вагітності, перш за все слід відповісти на запитання, чи є ці порушення адаптивними, компенсаторними або відображають формування патологічного процесу. При всій очевидній важливості і необхідності такої диференціації вирішити це питання не завжди буває просто. Найбільш ранні ознаки гестаційних ускладнень носять характер системних неспецифічних змін і маніфестують тільки вже сформовані патологічні процеси.

Для оцінювання наявності прихованих набряків під час гестації необхідно знати динаміку приросту маси тіла в кожному триместрі вагітності, що становить у I триместрі – 1,5–2 кг (близько 500 г на тиждень), у II триместрі – в загальному до 6–7 кг; у III триместрі – в загальному до 4–5 кг, що у відсотковому відношенні відповідає приросту маси тіла за 12 тиж 10%, в період між 13-м і 20-м тижнем 25%, між 21-м і 28-м тижнями 45%, між 29-м і 36-м тижнем – 20%, між 37-м і 40-м тижнем – 0%. При цьому необхідно пам'ятати, що в нормі приріст маси тіла під час вагітності в нормі зворотньо корелює з масою тіла до вагітності. Чим більша вихідна маса тіла, тим меншим має бути приріст маси тіла під час вагітності: при ІМТ менше 20 кг/м^2 – 13–16 кг, при ІМТ 20–25 кг/м^2 – 10–14 кг, при ІМТ більше 25 кг/м^2 – 7–9 кг.

Визначення ступеня набряків під час вагітності рекомендується проводити відповідно до існуючої класифікації [6]. Розрізняють 4 ступеня тяжкості набряків вагітних: I ступінь – набряки локалізуються тільки на нижніх кінцівках; II ступінь – набряки поширюються на передню черевну стінку; III ступінь – набряки поширюються на верхні кінцівки і обличчя; IV ступінь – генералізовані набряки аж до анасарки.

Гестаційні набряки не вимагають спеціального медикаментозного лікування, тим не менш, зумовлюють необхідність ретельного лікарського спостереження, оскільки у 20–25% вагітних до набрякового синдрому приєднуються інші прояви, що складають симптомокомплекс прееклампсії (протеїнурія, артеріальна гіпертензія), і в цьому випадку набряки стають ознакою патології [5, 11, 18].

У зв'язку з цим основне завдання лікаря полягає в правильній інтерпретації цього симптому, своєчасному виявленні патологічних набряків, що передують розвитку серйозних порушень в організмі вагітної, і в корекції причин, що зумовили цей стан. Будь-який лікар (терапевт, акушер-гінеколог, нефролог), консультуючи вагітну, яка пред'являє скарги на набряки, повинен вирішити низку принципових завдань. По-перше, необхідно переконатися у відсутності первинної ниркової патології у пацієнтки, що дозволяє зробити загальноклінічний аналіз сечі (враховуються зміни її щільності і наявність білка). По-друге, слід звернути увагу на функціональний стан нирок, проаналізувавши показники креатиніну, сечовини, сечової кислоти, а також рівень АТ, для виключення прееклампсії.

Відповідно для практичного лікаря важливо визначати групи вагітних високого ризику розвитку прееклампсії для адекватного оцінювання значущості появи набряків. Це визначає необхідність пам'ятати про фактори, що можуть зумовлювати схильність до розвитку прееклампсії [1, 5, 14, 20, 21]:

- Хронічні стреси (психосоціальний стрес, характерний для кінця XX – початку XXI століть), втома, що свідчить про інертність ЦНС і слабку адаптаційну здатність.
- Спадкова схильність: наявність гестозу по материнській лінії, вроджена і набута недостатність системи нейроендокринної регуляції пристосувальних реакцій (гіпотрофія в антенатальний період), алергійні та імунологічні реакції, загальний генітальний інфантилізм, а також вік до 17 років, мутації генів (мутація цистатіон-бета-синтетази, гена протромбіну G20210).
- Вагітність на тлі захворювань серцево-судинної (гіпертонічна хвороба, ревматичні пороки серця), сечовидільної (нефрит, пієлонефрит), гепатобіліарної (гепатит, холецистит) систем, ендокринної патології (цукровий діабет, гіпертиреоз), нейрообмінно-ендокринного синдрому, ожиріння, системних захворювань сполучної тканини.
- Гестоз під час попередніх вагітностей.
- Хронічні інтоксикації (тютюнопаління тощо) і інфекції.
- Багатоплідна вагітність.

Останнім часом науково-практичні акценти зміщені в бік вивчення патогенезу та діагностики прееклампсії на ранніх термінах вагітності, що дозволяє ефективно проводити профілактичні заходи [1, 8]. На даний час загальноприйнято, що наявність набряків в якості єдиного симптому, як правило, не є пізнім гестозом. Серед екстрагенітальних захворювань, що є причиною поєднаних форм гестозу, патологія нирок і сечовивідних шляхів знаходиться на другому місці після серцево-судинної патології. Тому терапія, спрямована на поліпшення функції нирок при вагітності, особливо у хворих з нирковою патологією, є патогенетично обгрунтованою.

При патологічному характері набряків необхідно здійснювати корекцію причин, що призводять до їхнього виникнення. Виражений набряковий синдром, що значно погіршує загальний стан жінки, а також його патологічна природа, пов'язані з дебютом або прогресуванням наявних захворювань, є основними показаннями до призначення протинабрякової терапії вагітним [2, 9, 13].

Діуретики, посилюючи виведення рідини з організму, впливають в основному на її внутрішньосудинний пул, що може посилювати гіповолемію і призводити до рефлекторного підвищення АТ за рахунок спазму судин. Вазоспазм в су-

купності зі згущенням крові вкрай негативно позначається на мікроциркуляції в фетоплацентарному комплексі, тому діуретичні засоби для усунення набряків вагітним протипоказані. Застосування фітопрепаратів, на думку більшості дослідників, є найбільш перспективним [19].

У практичній діяльності виникає необхідність призначення вагітній з набряками лікарського засобу, який чинив би комплексну терапевтичну дію і при цьому мав доведену відсутність потенційно негативного впливу на плід.

Даній вимозі відповідає в першу чергу фітопрепарат, що володіює комплексною, але досить м'якою дією на організм вагітної – Канефрон® Н, він чинить спазмолітичну, м'яку сечогінну, антисептичну, протизапальну і нефропротекторну дію, комплексний вплив на причини формування набряків; не впливаючи при цьому на реологічні властивості крові [2, 3, 10, 15].

Тривалий досвід застосування препарату Канефрон® Н в акушерсько-гінекологічній, терапевтичній, нефрологічній практиці свідчить про його високу ефективність і добрий профіль безпеки. З огляду на гестаційні набряки, вирішальне значення має той факт, що Канефрон® Н впливає на патогенетичні механізми формування набряків, а не просто на набряки як наслідок [9].

Про ефективність та відсутність тератогенного, ембріо- і фетотоксичного впливу препарату Канефрон® Н переконливо свідчать результати масштабних досліджень українських вчених [2, 3, 9, 10, 15].

Завдяки мультиспрямованості лікувальної дії Канефрон® Н застосовують у вагітних при інфекціях верхніх і нижніх сечових шляхів, при хронічних неінфекційних захворюваннях нирок (гломерулонефрит, інтерстиційний нефрит), сечокам'яній хворобі, прееклампсії, набряках і мікроальбумінурії будь-якого генезу, для профілактики утворення сечових конкрементів, у тому числі після їхнього видалення. Існує досить публікацій, що демонструють ефективність препарату при зазначених патологіях. При цьому, як правило, відзначаються добра переносимість препарату, відсутність серйозних побічних ефектів [2, 10].

До складу Канефрону® Н входять рослинні, стандартизовані за вмістом біологічно активних речовин компоненти трави золототисячнику (Herba Centaurii), коріня любистку (Radix Levistici), листя розмарину (Folia Rosmarini).

Ефірні масла розмарину і любистку розширюють судини нирок, що сприяє поліпшенню кровопостачання ниркового епітелію і зменшенню реабсорбції іонів Na+ і відповідної кількості води. М'яку діуретичну дію виявляють також фенолкарбонові кислоти, що містяться в екстракті розмарину, які при потраплянні в просвіт ниркових канальців створюють високий осмотичний тиск, внаслідок чого значно знижується реабсорбція води і іонів Na+. Фталіди, що містяться в екстракті любистку, справляють виражений спазмолітичний вплив, завдяки чому усувається спазм сечових шляхів, поліпшується відтік сечі і зменшується вираженість болю.

Протизапальна дія препарату Канефрон® Н зумовлена наявністю розмаринової кислоти, яка гальмує синтез медіаторів запалення. Фенолкарбонові кислоти, фталіди і флавоноїди, що містяться в екстрактах, володіють широким спектром протимікробної дії, крім того, при систематичному застосуванні препарату Канефрон® Н нормалізується кислотність сечі, що запобігає утворенню конкрементів і перешкоджає розмноженню бактерій. Канефрон® Н можна використовувати як довгострокову терапію, а раннє застосування Канефрону Н у вагітних груп ризику може попередити розвиток пізнього гестозу.

Переваги Канефрону® Н спираються на значну доказову базу, накопичену у ході експериментальних і клінічних досліджень: відсутність ускладнень, небажаних побічних дій, можливість застосування протягом тривалого часу. Так, за період 2005–2012 рр. було проведено 14 клінічних досліджень, в яких брали участь 3316 вагітних, в тому числі 384 – у I триместрі. У кожному з них результати свідчили про виражену клінічну ефективність цього лікарського засобу та високу безпечність як для матері, так і для плода.

Багаторічний досвід безпечного застосування Канефрону Н в акушерсько-гінекологічній практиці дозволяє рекомендувати його як препарат вибору для усунення набряків у вагітних.

Крім медикаментозної корекції набряків, корекції режиму доби та рухової активності, велике значення має корекція раціону та режиму харчування вагітної. Крім заборони на споживання гострих та смажених страв, слід обмежити вживання рідини до 1,5–2 л за добу та скоротити (але повністю не виключати) споживання солі до 8 г. Добре зарекомендувала себе практика розвантажувальних днів. Краще за все зарекомендували себе: яблучний день (споживання 1,5–2 кг свіжих або печених яблук), огірковий (1,5–2 кг свіжих огірків), кефірний (1,5 л кефіру), сирний (600 г свіжого нежирного сиру). Добову порцію продуктів слід ділити на 5–6 споживань в невеликій кількості. Між основними прийомами їжі дозволяється вживання несолодкого чаю. Наведені варіанти розвантажувальних дієт є досить ефективними за відсутності супутньої патології травного тракту. При гастриті або виразковій хворобі доцільніше використовувати розвантажувальні дні, вживаючи крупи.

Гестационные отеки – контраверсионные и практические аспекты

В.И. Пирогова

Освещены современные подходы к проблеме гестационных отеков, патогенез развития отечного синдрома, методы оценки его выраженности, дифференцированные подходы к ведению беременности. Обоснована необходимость назначения терапии беременным с отеками. Показано, что препаратом выбора является Канефрон® Н, который оказывает спазмолитическое, мягкое мочегонное, антисептическое, противовоспалительное и нефропротекторное действие, влияет на патогенетические механизмы формирования отеков, а не просто на отеки как следствие. Преимущества Канефрон® Н опираются на значительную доказательную базу, накопленную в ходе экспериментальных и клинических исследований: отсутствие осложнений, нежелательных побочных действий, возможность применения в течение длительного времени. Многолетний опыт безопасного применения Канефрона® Н в акушерско-гинекологической практике позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для устранения отеков у беременных.

Ключевые слова: *гестационные отеки, беременность, преэклампсия, Канефрон.*

Gestational edema – kontraversia and practical aspects

V.I. Pyrohova

Highlight the current approaches to the problem of gestational edema, pathogenesis of edema syndrome, methods of assessment of severity, differentiated approaches to the maintenance of pregnancy. Necessity of destination therapy in pregnant women with edema. It is shown that the drug of choice is Kanefron® H, which has antispasmodic, mild diuretic, antiseptic, anti-inflammatory and nephroprotective action affects the pathogenetic mechanisms of the formation of edema, and not just as a result of swelling. Advantages Kanefron® H based on considerable evidence base collected during experimental and clinical studies: no complications, undesirable side effects, the possibility of using for a long time. Years of experience of safe use Kanefron® H in obstetric practice can be recommended as the drug of choice to eliminate edema in pregnancy.

Key words: *gestational edema, pregnancy, preeclampsia, Kanefron.*

Сведения об авторе

Пирогова Вера Ивановна – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69. E-mail pyroh@mail.lviv.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенюк В.О. Сучасний стан проблеми гестозів вагітних / В.О. Бенюк, І.В. Майданник // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2012. – Т. 2, № 1. – С. 148–155.
2. Вдовиченко Ю.П. Перспективы применения Канефрона Н в акушерской практике / Ю.П. Вдовиченко, Л.С. Шкоба // Здоровье женщины. – 2001. – № 4. – С. 33–35.
3. Галич С.Р. Гестационные отеки и Канефрон / С.Р. Галич, Н. Щурко // З турботою про жінку. – 2011. – № 9 (30).
4. Гестационные осложнения как результат нарушения процессов имплантации / О.Н. Садекова, Л.А. Никитина, Е.М. Демидова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2011. – № 5. – С. 96–103.
5. Гестоз: теория и практика / Э.К. Айламазян, Е.В. Мозговая. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
6. Гестозы: руководство для врачей / Венцковский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я. [и др.] // М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 312 с.
7. Гребенник Т.К. Возможности прогнозирования преэклампсии / Т.К. Гребенник, С.В. Павлович // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 17–21.
8. Маркеры преэклампсии в I и II триместрах беременности / Т.Ю. Иванец, М.Л. Алексеева, Е.А. Гончарова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2012. – № 3. – С. 83–87.
9. Медведь В.И. Безопасность препарата Канефрон®Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам / Медведь В.И., Исламова Е.В. // Medical Nature. – 2013. – № 2 (14). – С. 15–18.
10. Нікула Т.Д. Клінічна ефективність канефрону Н / Т.Д. Нікула // Здоров'я України. – 2002. – № 9 (58). – С. 45–47.
11. Оценка степени тяжести гестоза (по данным литературы) / И.С. Сидорова, О.С. Билявская, Н.А. Никитина [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 40–43.
12. Патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к ведению беременных с артериальной гипертензией и преэклампсией / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина, А.Л. Унанян [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 2. – С. 35–40.
13. Печерина В.Л. Оценка ефективности применения препарата «Канефрон Н» с целью лечения гестозов, сочетанных с почечной патологией / В.Л. Печерина, Е.В. Мозговая // Журн. акушерства и женских болезней. – 2000. – № 1. – С. 42–44.
14. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Энкин М., Кейрс М., Дж. Нейлсон и др.: Пер. с англ. – Спб: Петрополис, 2003. – 480 с.
15. Сенчук А.Я. Канефрон Н у комплексному лікуванні вагітних групи високого ризику розвитку плацентарної недостатності / А.Я. Сенчук, А.В. Заболотна // Здоровье женщины. – 2005. – № 1 [21]. – С. 50–53.
16. Сидорова И.С. Современные взгляды на проблему преэклампсии: аргументы и факты / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 5. – С. 10–16.
17. Спорные вопросы артериальной гипертензии в период беременности / О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Н.А. Чухарева [и др.] // Фарматека: репродуктивное здоровье. – 2012. – № 4. – С. 20–26.
18. Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е. Преэклампсия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576 с.
19. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М., 2005. – 900 с.
20. Шлейсснер Э. Гипертензивные заболевания во время беременности и преэклампсия / Э. Шлейсснер // Вятский медицинский вестник. – 2010. –№ 3. – С. 21–27.
21. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia / L. Duley // Semin Perinatol. – 2009. – Vol. 33. – P. 130–137.

Статья поступила в редакцию 16.07.2014