

УЗ «ГКБСМП Г.ГРОДНО»

ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ



*Подготовила
врач-интерн
Голяк Ю В.*

г. Гродно, 2016

**ГЕСТОЗ (ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ,
ПОЗДНИЙ ГЕСТОЗ БЕРЕМЕННЫХ,
ОПГ-ГЕСТОЗ, ЕРН-ГЕСТОЗ) – СИНДРОМ
ПОЛИОРГАННОЙ И ПОЛИСИСТЕМНОЙ
ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ,
РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Гестоз – это осложнение беременности, обусловленное несоответствием адаптационных систем организма матери адекватно обеспечивать потребности растущего плода



**Характеризуется классической
триадой симптомов(ОПГ-гестоз,
ОПГ-синдром,ЕРН-gestosis):**

- О-отеки (Е-edema)
- П-протеинурия (Р-proteinuria)
- Г-гипертензия (Н-hypertension)



ФАКТОРЫ РИСКА

- *Экстрагенитальные острые и хронические заболевания:*
 - АГ
 - заболевания почек
 - эндокринная патология
(СД, индекс массы тела более 35)
- *Юный и поздний возраст первородящих
(моложе 18 и старше 35 лет)*
- *Наследственная отягощенность*
- *Социальное неблагополучие*



▣ *Инфекционные осложнения*

▣ *Осложненное течение данной беременности:*

▣ **Многоплодие**

▣ **Многоводие либо маловодие**

▣ **Фетоплацентарная недостаточность**

○ *Гестоз во время предыдущей беременности*



- В структуре причин **материнской смертности** в РБ гестозы занимают **второе место** (от 11 до 23%) после акушерских кровотечений.
- **Перинатальная смертность** при гестозе составляет **18 – 30 ‰**
- **Заболеваемость новорожденных** – **640 – 780 ‰**



ПРЕГЕСТОЗ

- ❖ Снижение числа тромбоцитов ($160 \times 10^9/\text{л}$).
- ❖ Гипопротеинемия (менее 65 г/л).
- ❖ Диспротеинемия со снижением альбумин/глобулинового коэффициента менее 0,5.
- ❖ Снижение онкотической плотности мочи.
- ❖ Функциональные пробы (АД, САД, проба Хемлера (проба кольца), проба Мак-Клюора-Олдрича).
- ❖ Разница показателей АД на правой и левой руке более 10 мм рт ст

NB! САД = диастолическое давление + 1/3 пульсового давления (начало зоны риска = 95).



КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗОВ (РФ, 2001Г.):

А. По степени тяжести:

1. Прегестоз (субклинический гестоз), то есть доклиническая стадия.
2. Водянка беременных.
3. Нефропатия беременных:
 - а) легкой степени;
 - б) средней степени;
 - в) тяжелой степени.
4. Преэклампсия.
5. Эклампсия (частота 0,5%).



Чистые формы(типичные)



Моносимптомные



**Гипертония
беременных**

Отеки

Протеинурия

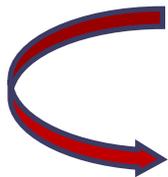


Полисимптомные

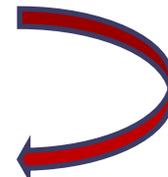


Преэклампсия Эклампсия

Атипичные формы гестозов



**HELLP-синдром
беременных**



Острый жировой гепатоз



КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕСТОЗОВ (Г.И. ГЕРАСИМОВИЧ, РБ, 2000Г.):

1. Моносимптомные гестозы, то есть наличие одного из трех кардинальных симптомов:

- а) водянка беременных – гестоз –0;
- б) протеинурия беременных – гестоз-П;
- в) гипертония беременных – гестоз-Г.

2. Полисимптомные гестозы, то есть характеризуются наличием двух или трех кардинальных симптомов:

- а) гестоз – ОП;
- б) гестоз – ОГ;
- в) гестоз – ПГ;
- г) гестоз – ОПГ.

3. Преэклампсия.

4. Эклампсия.



КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ (МКБ X ПЕРЕСМОТРА 1998Г.):

1. Легкая или неуточненная преэклампсия
(относится нефропатия беременных легкой и средней степени).
2. Тяжелая преэклампсия (относится тяжелая нефропатия беременных и преэклампсия).
3. Эклампсия (относится эклампсия беременных).



КЛАССИФИКАЦИЯ ТЕСТОВ ПО ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ (ВОЗ, 1989г.):

1. Во время беременности.
2. Во время родов.
3. В первые 48ч
послеродового периода.



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

В современном акушерстве принят термин «гестоз» или ОПГ-гестоз, или ЕРН-гестоз.

Классический вариант гестоза с наличием триады симптомов отмечается у **15% беременных.**

В остальных случаях для постановки диагноза достаточно сочетание двух симптомов.

Степень тяжести гестоза определяется по наивысшему из показателей.



СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА БЕРЕМЕННЫХ:

- **I ст.** – отеки нижних конечностей; АД повышено на 25-30% (около 150/90мм рт. ст.); умеренная протеинурия (до 1г/л);
- **II ст.** – выраженные отеки нижних и верхних конечностей, брюшной стенки; АД повышено на 40% (170/100мм рт. ст.); протеинурия от 1 до 3г/л;
- **III ст.** – резко выраженные отеки нижних и верхних конечностей, брюшной стенки, лица; АД повышено более чем на 40% (выше 170/100мм рт. ст.); выраженная протеинурия (более 3г/л).





В ПРАКТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШИРОКО
ПОЛЬЗУЮТСЯ БАЛЛЬНОЙ
ОЦЕНКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
НЕФРОПАТИИ ПО РАЗЛИЧНЫМ
ШКАЛАМ (ВИТТЛЕНГЕРА, А.С.
СЛЕПЫХ И М.А. РЕПИНОЙ, Г.М.
САВЕЛЬЕВОЙ И ДР.).

- *Тяжесть гестоза определяется не только выраженностью симптомов, но и длительностью его течения, поэтому гестоз **более 2 недель** при активном его лечении следует считать **тяжелым (длительнотекущим)**.*



ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА В БАЛЛАХ ПО САВЕЛЬЕВОЙ
ДО 7 ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ, 8-11 БАЛОВ ЛЁГКАЯ, БОЛЕЕ 12 ТЯЖЁЛАЯ.

Симптомы	БАЛЫ		
	1	2	3
Отёки	На голеньях или патологическая прибавка массы тела	На голеньях и передней брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия г/л	0,033-0,132	0,132-1,0	Более 1,0
САД мм.рт.ст	130-150	150-170	170 и выше
ДАД мм.рт.ст	85-90	90-110	110 и более
Срок беременности при котором диагностирован гестоз, недели	36-40 и в родах	35-30	Раньше 30
Задержка внутриутробного развития плода	нет	1-2 недели	На 3 недели
Фоновые заболевания (АГ, эндокринопатии, пороки сердца, хронические заболевания печени и почек)	Нет проявлений до беременности	Проявления во время беременности	Проявляются до и во время беременности

ИНДЕКС ГЕСТОЗА ПО А.С.СЛЕПЫХ

<i>Симптомы</i>	<i>БАЛЫ</i>		
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Отёки	Патологическая прибавка массы тела	Локальные	Генерализованные
Среднее АД	100-110	110-120	Более 120
Протеинурия г/сут	0,5-2	2-5	Более 5
Глазное дно	Неравномерность сосудов	Дистрофические изменения	Отёк сетчатки

- **1-4 лёгкая степень**
- **5-6 средняя степень**
- **7-8 тяжёлая степень**



ВИТТЛИНГЕРА

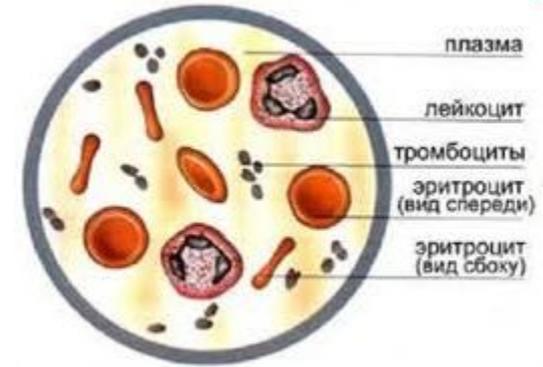
2-10 ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ, 11-20 –СРЕДНЯЯ, 21 И ВЫШЕ ТЯЖЁЛАЯ

Симптомы	Балы
Отёки: Отсутствуют Локализованные Генерализованные	0 2 4
Прибавка массы тела: До 12 кг 13-15 кг 16 кг и более	0 2 4
Протеинурия г/сут: До 1 2-3 4 и выше	2 4 6
АД мм.рт.ст: 120/80 140/90 160/100 180/110	0 2 4 6
Диурез, мл/сут: более 1000 900-600 Менее 500 Анурия более 6 часов	0 2 4 6
Симптомы : Отсутствуют присутствуют	0 4

УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

1. Концентрационные показатели крови:

- гематокрит;
- гемоглобин;
- число эритроцитов;



2. Биохимические показатели крови:

- печеночные трансаминазы;
- билирубин и его фракции;
- общий белок и его фракции;
- мочевины;
- креатинин;
- электролиты (K^+ , Na^+ , Cl^-);



3. Параметры гемостаза:

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

4. Исследование функции почек:

- общий анализ мочи;
- почасовой диурез;
- суточный диурез;
- клиренс креатинина;



5. Оценка состояния глазного дна;

6. ЦВД;

7. УЗИ плода и жизненно важных органов

8. Допплерометрия материнской и плодовой гемодинамики.

9. ОПСС, тип кровообращения



ПРЕЭКЛАМПСИЯ

(PREECLAMPSIA) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО НА ФОНЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ГЕСТОЗА ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ПРОИСХОДИТ ОТЕК МОЗГА И ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ.

Клинически проявляется субъективными жалобами:

1. Головная боль (чаще в затылочной области) — в связи с повышением внутричерепного давления.
2. Нарушение зрения («туман» в глазах, мелькание «мушек», «падающего снега», «пелена» перед глазами)— обусловлено изменением функции зрительного бугра в связи с нарушением в нем кровообращения.
3. Боли в эпигастрии либо в правом подреберье, тошнота, рвота — обусловлены мелкими кровоизлияниями в слизистую желудка или перерастяжением гиссоновой капсулы печени за счет отека, а в тяжелых случаях — кровоизлиянием в печень.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ:

Наличие у беременной с признаками **гестоза средней или тяжелой**

степени хотя бы одной субъективной жалобы

следует расценивать как —

ПРЕЭКЛАМПСИЮ !!!



ЭКЛАМПСИЯ (ECLAMPSIA) -

*ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ И НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА
ГЕСТОЗА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
СУДОРОГ С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ,
РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ.*

- Припадкам судорог
обычно предшествуют
симптомы
преэклампсии, однако,
судороги могут
появиться и без
предвестников.*



ТИПИЧНЫЙ ПРИПАДОК СУДОРОГ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В СРЕДНЕМ 1-2МИН И СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПЕРИОДОВ:

1. Предсудорожный период (вводный).
2. Период тонических судорог.
3. Период клонических судорог.
4. Период разрешения припадка.



АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ ГЕСТОЗОВ:



HELLP - СИНДРОМ

- ❖ Впервые описан Вайнштейном в 1982 г.
- ❖ Сопровождается высокой материнской (до 75 %) и перинатальной (до 79 %) смертностью.
- ❖ Возникает в III триместре беременности.
- ❖ Первые буквы названия обозначают триаду СИМПТОМОВ:
 - H – **hemolysis** – гемолиз
 - EL – **elevated liver enzymes** повышение уровня печеночных ферментов
 - LP – **low platelet count** тромбоцитопения



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА HELLP-СИНДРОМА

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СРЕМИТЕЛЬНЫМ НАРАСТАНИЕМ СИМПТОМОВ

1. Первоначальные проявления неспецифичны:

головная боль;

слабость;

рвота;

боли в животе (чаще в правом подреберье или диффузные).

2. Вторичные проявления:

рвота, окрашенная кровью;

кожно-геморрагические проявления, геморрагический синдром петехиального типа;

желтуха;

печеночная недостаточность;

судороги;

выраженная кома.



ОСТАВЬТЕ ЖИЗНЬ СВОЕЙ

ГЕПАТОЗ

БЕРЕМЕННЫХ

- ❖ Данная патология чаще возникает в **33 - 34 недели** беременности.
- ❖ Материнская и перинатальная **смертность около 50 %**.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОЖГБ ИМЕЕТ 2 ПЕРИОДА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ:

1. Безжелтушный период:

Снижение или отсутствие аппетита;

Слабость;

Изжога, тошнота, рвота;

Боли и чувство тяжести в эпигастральной области;

Кожный зуд;

Снижение массы тела !!!

2. Желтушный период характеризуется бурной почечной недостаточности:

Желтуха;

Олигурия;

Периферические отеки;



ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ

Для матери:

1. Кровоизлияние в мозг, тромбозы, отек мозга, кома
2. Асфиксия, сердечная недостаточность
3. Отек легких
4. Острый респираторный дистресс-синдром
5. Почечно-печеночная недостаточность
6. ДВС-синдром
7. Отслойка сетчатки
8. Преждевременная отслойка плаценты
9. Преждевременные роды
10. Материнская смертность

Для плода:

1. Хроническая фетоплацентарная недостаточность
2. Внутриматочная гипоксия плода
3. Синдром задержки развития плода
4. Антенатальная гибель плода



ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

ГЕСТОЗА:

1. Создание лечебно-охранительного режима с целью нормализации функции ЦНС.
2. Диетотерапия.
3. Нормализация тонуса сосудистой системы (гипотензивная терапия).



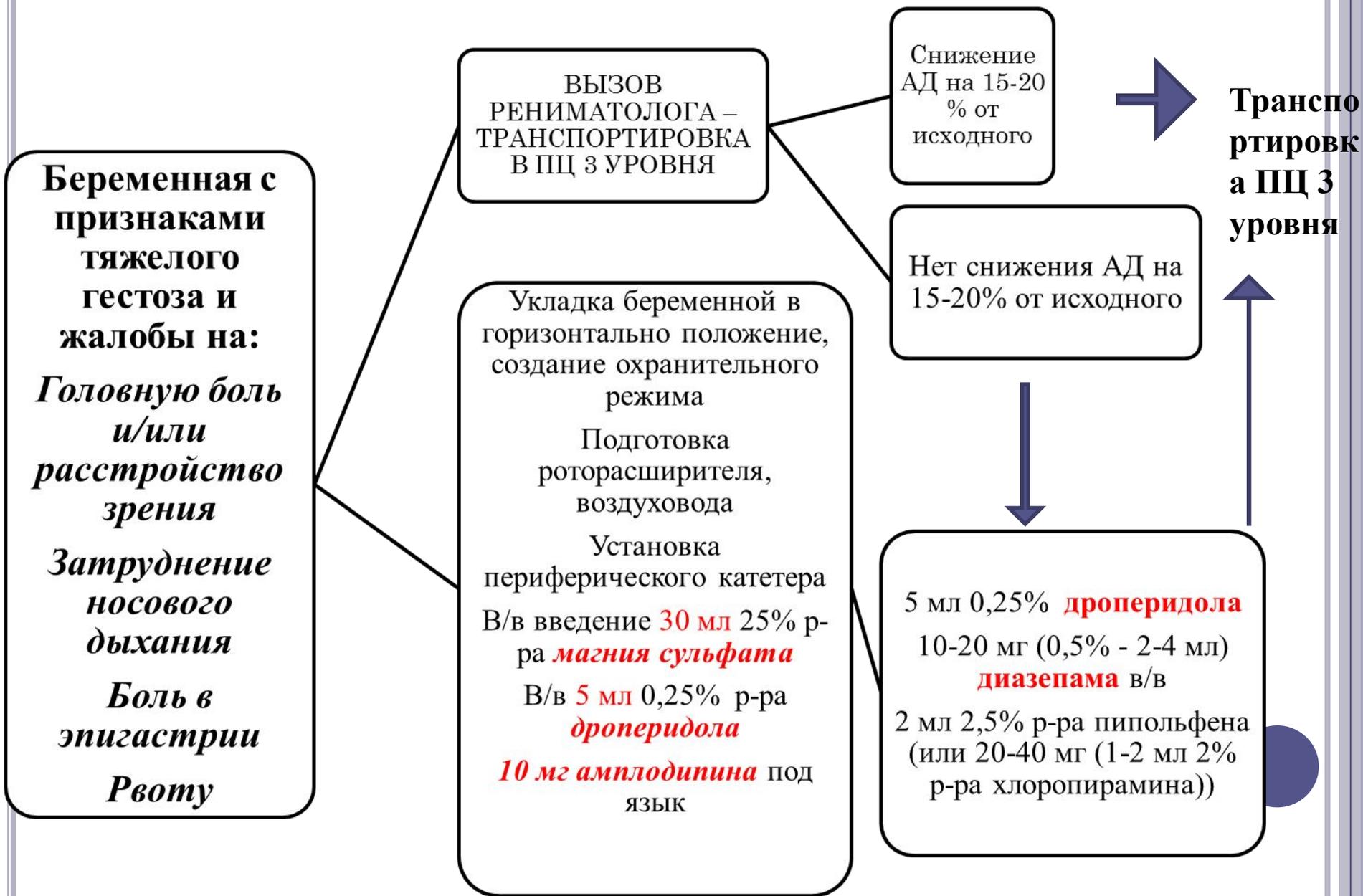
4. Ликвидация гиповолемии и регуляция водно-солевого обмена.
5. Нормализация реологических и коагуляционных свойств крови.
6. Восстановление структурно-функциональных свойств клеточных мембран и метаболизма, антигипоксанты.
7. Профилактика и лечение ФПН.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ГЕСТОЗА:

8. Коррекция иммунных нарушений и антифосфолипидного синдрома.
9. Комплексные методы детоксикации.
10. Комплексная интенсивная терапия, направленная на коррекцию нарушений жизненно важных функций организма и
11. Быстрое, ***бережное родоразрешение*** при тяжелых формах гестоза (то есть активная тактика ведения и ***раннее родоразрешение***).



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БЕРЕМЕННОЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ



ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

I. Первая помощь при судорогах:

1. Женщину укладывают на ровную поверхность, голову поворачивают в сторону.
2. Обеспечивают проходимость верхних дыхательных путей: раскрывают рот роторасширителем или шпателем, фиксируют язык языкодержателем, аспирируют содержимое полости рта и верхних дыхательных путей.
3. Немедленное выключение сознания одним из ингаляционных наркотических веществ (фторотан, галотан, изофлюран и др.).
4. Срочно переводят больную на ИВЛ и приступают к комплексной интенсивной терапии.
5. При остановке сердечной деятельности параллельно с ИВЛ проводят закрытый массаж сердца и осуществляют все приемы сердечной реанимации.



II. Противосудорожная терапия:

- Для прекращения судорог внутривенно одномоментно вводят 20мг ***диазепама***(4мл-0,5%), 10-15мг ***дроперидола*** (4-6мл-0,25%) и 1мл 2% раствора ***промедола***, для подготовки к интубации раствор ***тиопентала*** или другого анестетика.
- Поддерживающую дозу ***диазепама*** 20-40мг (4-6мл) для устранения судорожной готовности вводят путем внутривенной инфузии со скоростью 2,5–10мл/ч.
- Препаратом выбора для противосудорожной терапии является сульфат магния.



АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗАХ



ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ:

I. Со стороны матери:

1. Гестоз легкой степени тяжести при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 10-14 дней.
2. Гестоз средней степени тяжести при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 5-6 дней.
3. Гестоз тяжелой степени тяжести (в том числе преэклампсия) при отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 2-3 часов.
4. Эклампсия и ее осложнения.
5. HELLP-синдром.
6. ОЖГБ.



2. СО СТОРОНЫ ПЛОДА:



1. Хроническая гипоксия плода (зеленые воды по данным амниоскопии).
2. ЗВРП II-III степени при неэффективности терапии независимо от степени тяжести гестоза.
3. Стойкие признаки кислородной недостаточности плода по данным доплерометрии и кардиотокограммы.
 - **длительная монотонность ритма,**
 - **ранние выраженные децелерации,**
 - **поздние децелерации.**



РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.

ПРИ ***ГЕСТОЗЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ***

ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ ОПЕРАЦИИ

КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

РОДЫ УТЯЖЕЛЯЮТ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТОЗА И
УСУГУБЛЯЮТ ГИПОКСИЮ ПЛОДА. ОБ ЭТОМ
СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ВЫБИРАЯ ВРЕМЯ И МЕТОД
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ.



СЕЧЕНИЕ:

1. При беременности:

1. Эклампсия.
2. Преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения в течение 2-3 часов.
3. Осложнения гестоза (кровоизлияние в сетчатку глаза, кровоизлияние в мозг, кома, острая почечная недостаточность и др.).
4. Сочетание гестоза и другой акушерской патологии (ПОНРП, тазовое предлежание плода, длительное бесплодие, мертворождение в анамнезе и др.).
5. Выраженная ФПН при возможности выхаживания недоношенного новорожденного.
6. Отсутствие эффекта от родовозбуждения или ухудшение состояния беременной во время его проведения.
7. Наличие показаний к досрочному родоразрешению при неподготовленных родовых путях.



2. В РОДАХ

1. Те же показания, что и при беременности.
2. Упорная гипертензия.
3. Не поддающаяся коррекции аномалия родовой деятельности.
4. Ухудшение состояния роженицы или плода и отсутствие условий для быстрого родоразрешения.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ

РОДОВ:

- Совместное ведение акушером-гинекологом и анестезиологом.
- При возможности ведения родов через **естественные родовые пути** для подготовки шейки матки необходимо применять простагландинсодержащие препараты. При подготовленной шейке матки производится амниотомия с последующим родовозбуждением.
- Постоянный мониторинг состояния матери и плода.
- Проведение интенсивной терапии:
 - инфузионная терапия до 500-800 мл;
 - гипотензивная терапия под контролем АД;
 - спазмолитики, антигипоксанты, средства, улучшающие МПК.
- **Поэтапная длительная анальгезия**, включая эпидуральную анестезию в I и во II периодах родов.
- Выполнение всех манипуляций на фоне **адекватной анестезии**.



ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА РАСКРЫТИЯ:

- **в изолированной палате;**
- **положение роженицы на боку** для профилактики синдрома нижней полой вены;
- **ранняя амниотомия** при раскрытии на 3-4см для профилактики аномалий родовой деятельности, отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;
- при АД выше 160/100мм рт. ст. проведение **управляемой относительной нормотонии.**



ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДА ИЗГНАНИЯ:

- при АД выше 160/100мм рт. ст.
проведение относительной
управляемой нормотонии;
- при **неэффективности нормотонии** —
выключение потужной деятельности:
наложение акушерских щипцов или
извлечение плода за тазовый конец



ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО И РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДОВ:

- **профилактика кровотечений** путем внутривенно капельного введения контрикала 20000 ЕД, окситоцина, простагландинов, метилэргометрина;
- **тщательный контроль за состоянием родильницы;**
- **измерение АД** каждые 10-15 минут;
- **адекватное восполнение кровопотери.**
- **кюретаж** послеродовой матки при гестозах средней степени тяжести и тяжелых – **обязательно!**



ПРОФИЛАКТИКА

ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА



- 1. Оздоровительные и лечебные мероприятия по предупреждению, выявлению, лечению экстрагенитальной патологии у девочек, женщин, беременных.**
 - 2. Выявление групп риска гестоза.**
 - 3. Планирование беременности в группах риска в летне-осенний период.**
 - 4. Устранение отрицательных эмоций, рациональный режим труда и отдыха. Дозированный постельный режим «Bed rest»**
 - 5. Полноценное и сбалансированное питание.**
 - 6. Своевременное выявление и коррекция гестоза на ранних стадиях. При появлении начальных клинических симптомов гестоза – госпитализация.**
- 

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

- **Начинать с 8-9 недель беременности**
- **Длительность курса 3-4 недели**
- **Сочетать не более 3-4 препаратов, включая
витамины**
- **Продолжать вплоть до срока родоразрешения**
- **Перерыв между курсами
медикаментозной
профилактики – 10-14 дней**



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕСТОЗА

- С 8-9 недель- для нормализации ЦНС – валериана, пустырник; для улучшения функции почек - толокнянка, почечный чай, березовые почки, кукурузные рыльца, спорыш; с целью иммуннокоррекции - настой плодов шиповника, элеутерококка.



Срок беременности	Название препарата	Доза и длительность приема
<i>Первый курс</i>		
14 недель	Магне В6	1-2 т. в день до 4 недель
	Вит.Е	300 МЕ в сутки 2 недели
18 недель	Хофитол	По 1 т. 2-3 раза в день
20 недель	Вобензим	По 2т. 3 р/д 2-3 недели
<i>Второй курс</i>		
26 недель	Вит. Е	300 МЕ в сутки 2 недели
	Магне В6	1-2 т. в день до 4х недель
	Актовегин	80 мг на 250 мл 0,9% NaCl №5 в/в или внутрь 200 мг в сутки 4 недели
30 недель	Вобензим	По 3 т. 3 р/д 2 недели
<i>Третий курс</i>		
36 недель	Актовегин	160 мг на 250 мл 0,9% NaCl №5 в/в или внутрь 200 мг в сутки 4 недели
	Курантил	25 мг по 1т.3р/д 3-4недели



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**