

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РК
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ХОДЖИ АХМЕДА ЯСАВИ**

Алиева Эльнара Назимовна

«ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ»

Учебное пособие

ШЫМКЕНТ 2024

УДК: 618.3
ББК 57.11
А50

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Бегимбекова Л.М. – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой акушерства- гинекологии, Международного казахско-турецкого университета имени Ходжи Ахмеда Ясави

Кулбаева С.Н. – PhD, ассоциированный профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии АО Южно-Казахстанская медицинская академия

Алиева Э. Н.

А50 Экстрагенитальная патология и беременность: учебное пособие/ Алиева Э. Н.- Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, 2024. – 99 стр.

ISBN 978-601-339-380-3

В учебном пособии представлены особенности лечебной тактики при наличии у женщин с экстрагенитальной патологией. Освещены данные о взаимном влиянии беременности и соматических заболеваний, ассоциированных или не ассоциированных с ней. С учетом клинических протоколов Министерства здравоохранения РК представлены основные лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, проводимые врачами (акушером-гинекологом, терапевтом, другими профильными специалистами) при ведении беременных с наиболее часто встречающимися экстрагенитальными заболеваниями, особое внимание уделено необходимости обеспечения безопасности проводимых мероприятий для плода.

Данное учебное пособие предназначено для использования при обучении студентов, интернов, резидентов.

УДК: 618.3
ББК 57.11



Рассмотрено и одобрено на заседании Сената

Международного казахско-турецкого университета имени Ходжи Ахмеда Ясави Протокол № ____ « ____ » _____ 2024г.

©
Алиева Эльнара Назимовна 2024

Содержание

Аббревиатура.....	4
Введение.....	5
1. Заболевание крови и беременность.....	6
1.2 Анемия и беременность.....	6
1.2 Беременность и тромбоцитопения.....	15
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	19
2. Заболевание мочеполовой системы и беременность.....	21
2.1 Бессимптомная бактериурия.....	21
2.2 Пиелонефрит при беременности.....	23
2.3 Беременность и гломерулонефрит.....	25
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	29
3. Сахарный диабет при беременности.....	32
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	35
4. Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность.....	38
4.1 Заболевания сердца при беременности.....	38
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	45
4.2 Хроническая артериальная гипертензия и беременность.....	48
4.3 Артериальная гипотензия и беременность.....	52
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	54
5. Туберкулез и беременность.....	57
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	61
6. Бронхиальная астма и беременность.....	63
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	66
7. Острые респираторные заболевания и беременность.....	67
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	70
8. Вирусный гепатит и беременность.....	72
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	77
9. Аппендицит и беременность.....	80
10. Новообразования при беременности.....	83
10.1 Фибромиома.....	83
10.2 Опухоли яичника.....	88
10.3 Рак шейки матки.....	91
11. Аномалии матки и беременность.....	93
11.1 Деформация родового канала.....	93
11.2 Дуплекс матки и влагалища.....	93
11.3 Рудиментарный маточный рог.....	95
11.4 Дивертикулы матки.....	95
12. Воспалительные заболевания женских половых органов.....	96
12.1 Вульвит.....	96
12.2 Бартолинит.....	96
12.3 Кольпит.....	96
ПРОВЕРЬ СЕБЯ!.....	97
Литература.....	99

АББРЕВИАТУРА

АГ	Артериальная гипертензия
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВГА	Вирусный гепатит А
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВГС	Вирусный гепатит С
ВГД	Вирусный гепатит Д
ВГЕ	Вирусный гепатит Е
ЖДА	Железодефицитная анемия
ИМП	Инфекции мочевыводящих путей
КОЕ	Колониеобразующая единица
ОЖСС	Расчетный параметр, отображающий количество железа, которое может переноситься кровью по организму
ОРЗ	Острое респираторное заболевание
ОАК	Общий анализ крови
ПЭ	Преэклампсия
СД	Сахарный диабет
ССС	Сердечно-сосудистые система
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
ХАГ	Хроническая артериальная гипертензия
ХП	Хронический пиелонефрит
ХГЧ	Хорионический гонадотропин человека
ЭГЗ	Экстрагенитальные заболевания
ЭГП	Экстрагенитальная патология
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, центр по контролю и профилактике заболеваний
IDSA	Американское общество инфекционистов
MCV	mean cell volume – средний объем эритроцита
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

ВВЕДЕНИЕ

За последние 20 лет отмечается рост распространенности экстрагенитальной патологии (ЭГП) у беременных; то же можно отметить для осложнений беременности, в том числе хронической гипоксии плода [1, с.676]. По данным литературы экстрагенитальная патология диагностируется у 15-20% беременных [2, с.561], частота железодефицитной анемии у беременных 42% [6, с.386], мочевыделительной системы заболевания - 22% [6, с.330], артериальная гипертензия (АГ) – 5-30% [6, с.301]. ЭГП значительно повышают риск развития различных акушерских осложнений.

В последние годы ЭГП занимает ведущее место (28%) в структуре причин материнской смертности в развитых странах (23%) [2, с.561]. Наступление и развитие беременности на фоне таких экстрагенитальных заболеваний, как анемия, АГ, хронический пиелонефрит (ХП), происходит в условиях ангиопатии, прежде всего сосудов матки [4, с.326]. Ангиопатия способствует неизбежному развитию плацентарной недостаточности при всех экстрагенитальных заболеваниях (ЭГЗ) [1, с. 676].

Данные литературы свидетельствуют о том, что чрезмерная «медикаментозность» гестационного процесса приводит к снижению адаптационных ресурсов матери и плода и влияет на здоровье детей [1, с. 561]. В настоящее время поиск безопасных средств и технологии, в том числе немедикаментозные, которые позволят женщине без затруднений переносить беременность и роды. Вопросы, связанные с профилактикой акушерских и перинатальных осложнений у беременных с ЭГП, остаются открытыми. Поэтому возникает необходимость в углубленном изучении влияния ЭГП на систему мать-плацента-плод, с целью снижения репродуктивных потерь, а также влияния системы мать-плацента-плод на ЭГП.

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

1.1 АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Под анемией понимают снижение уровня гемоглобина и других показателей красной крови на единицу объема крови.

Согласно определению CDC (англ. Centers for Disease Control and Prevention, центр по контролю и профилактике заболеваний), ВОЗ анемия у беременных определяется при уровне Hb (гемоглобин) <110 г/л и гематокрит меньше 33% в первом и третьем триместрах и Hb меньше 105 г/л, гематокрит меньше 32% – во втором триместре. Послеродовая анемия определяется как Hb <100 г /л в течение первых 6 недель после родов. Ведущее место в структуре анемий у беременных занимают железодефицитные анемии, на втором месте – фолиеводефицитные и затем В12-дефицитные анемии [1, с. 562; 2, с.677].

Железодефицитная анемия – клинико-гематологический синдром, характеризующийся анемией и дефицитом железа (снижение Коэффициент насыщения трансферрина (TSat) <16% и концентрации ферритина менее 30 мкг/л или нг/мл). Поскольку TSat - расчетный показатель, зависящий от уровня сывороточного железа, он также является критерием ЖДА.

Фолиеводефицитная анемия или В12-дефицитная анемия – клинико-гематологический синдром, характеризующийся анемией и дефицитом фолиевой кислоты <2 ng / mL или снижением витамина В12 <200 pg/ mL (<148 p mol /L) [1, с. 563; 2, с.678].

NB! TSat – сатурация трансферрина (англ. Transferrin Saturation) или коэффициент насыщения трансферрина железом. TSat может быть рассчитан двумя способами:

1) На основании железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС):
$$TSat (\%) = \frac{\text{сывороточное железо (в мкмоль/л)}}{\text{ОЖСС (в мкмоль/л)}} \times 100.$$

2) На основании трансферрина: $TSat (\%) = \frac{\text{сывороточное железо (в мкмоль/л)}}{\text{трансферрин (в г/л)}} \times 3,9.$ [1, стр. 563; 2, стр.678]

Заболеваемость. Частота анемии во время беременности сильно различается. В развитых странах заболеваемость составляет 10-20%. В развивающихся странах она колеблется от 40 до 80% [6, с. 384].

Классификация. Имеются различные классификации анемии. Во-первых, анемия у женщин может быть до беременности, затем она начинает прогрессировать с увеличением срока беременности. С другой стороны, анемия может впервые возникнуть во время беременности из-за повышенной потребности организма в железе. Особую форму анемии беременных некоторые авторы считают формой токсикоза беременных. Для практических целей дана упрощенная классификация, полезная при ведении дел.

- Дефицитная анемия (изолированная или комбинированная):
 - Дефицит железа;
 - Дефицит фолиевой кислоты;
 - Дефицит витамина В12.

- Геморрагическая анемия:
 - Острая (из-за кровотечения в первые месяцы);
 - Хроническая.
- Гемолитические формы — врожденные и приобретенные.
- Недостаточность костного мозга — гипоплазия или аплазия вследствие облучения, лекарств или тяжелых инфекций и т. д.
- Гемоглобинопатии.

Наиболее частым видом анемии в акушерской практике является дефицитная анемия, в частности железодефицитная.

Этиология и патогенез дефицита железа при беременности

Во время беременности происходят физиологические изменения, способствующие развитию анемии:

- увеличение расхода железа из депо организма матери, необходимого для правильного развития плода;
- увеличение содержания эстриола, вызывающего угнетение эритропоэза;
- накопление продуктов межутробного обмена, оказывающих токсическое влияние на костный мозг;
- сидеропения (недостаток железа в организме);
- дефицит витамина В12, фолиевой кислоты и белка;
- многоплодная беременность;
- кислородное «голодание», при котором нарушаются окислительно-восстановительные процессы у беременной.

Отмечается выраженная дополнительная потребность в железе во время беременности, особенно во второй половине. Падение концентрации гемоглобина во время беременности обусловлено комбинированным действием гемодилюции и отрицательного баланса железа. У женщины, которая имеет достаточный запас железа и находится на сбалансированном питании, маловероятно развитие анемии во время беременности, несмотря на повышенную потребность в железе (рисунок 1) [1, с.680].



Рисунок 1-Патогенез анемии [1, с.680]

Но если запас железа недостаточен или отсутствует, то факторами, приводящими к развитию анемии во время беременности, являются:

- повышенная потребность в железе;
- снижение потребления железа (помимо социально-экономических факторов, ответственными факторами являются неадекватные диетические привычки, потеря аппетита и рвота во время беременности);
- нарушен обмен веществ;
- состояние здоровья до беременности;
- аномальная потребность: многоплодная беременность увеличивает потребность в железе в два раза. Женщины, не соблюдающие интервал между беременностями и родами, в течение 2 лет после последних родов нуждаются в большем количестве железа для восполнения дефицита железа.

Диагноз

Диагноз железодефицитной анемии ставится на основании основных жалоб, данных тщательно собранного анамнеза, оценки объективного статуса, данных лабораторных исследований. При объективном осмотре отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При аускультации сердца отмечаются приглушенный I тон и слабовыраженный «анемический» систолический шум на верхушке и легочной артерии.

При сборе анамнеза особое внимание обращают на особенности питания, состояние желудочно-кишечной системы, перенесенные заболевания, количество и течение беременностей в анамнезе, многоплодие, кровотечения при предыдущих родах и в послеродовом периоде, продолжительность лактации, наличие профессиональных заболеваний опасности.

Основными лабораторными показателями, позволяющими диагностировать железодефицитное состояние, являются уровень гемоглобина, цветовой показатель, количество эритроцитов и ретикулоцитов, гематокрит и серозное железо.

В зависимости от степени дефицита различают три степени железодефицитной анемии: легкую, среднюю, тяжелую (таблица 1) [5, с.202].

Таблица 1. Классификация железодефицитной анемии

Гематологические показатели	Норма	Легкая степень анемии	Умеренная степень анемии	Тяжелая степень анемии
Гемоглобин (г/л)	140 — 111	110 — 91	90 — 81	< 80
Эритроциты (млн/мл)	4,6-3,5x10 ¹²	3,5-3,2x10 ¹²	3,2-2,8x10 ¹²	< 2,8x10 ¹²
Ретикулоциты	6	7 — 19	20 — 35	> 35
Индекс цвета	0,85 — 1,05	0,85 — 0,8	0,85 — 0,8	< 0,8

Серозное железо (мкг/%)	160 — 81	80 — 71	70 — 60	< 60
Гематокрит (%)	40 — 36	35 — 31	30 — 21	< 21

Анемический синдром: общее недомогание и утомляемость, одышка при физической нагрузке, головокружение, головная боль, бессонница. Бледность кожи и слизистых соответствует степени анемии. У больных со значительной степенью возможно сердцебиение и тахикардия. Также могут присутствовать анорексия и диспепсия.

Сидеропенический синдром:

- Со стороны кожи и ее придатков изменения (сухость, шелушение, легкое образование трещин, бледность). Волосы тусклые, ломкие, «секутся», усиленно выпадают. Изменения ногтей: истончение, ломкость, поперечная исчерченность, иногда ложкообразная вогнутость (койлонихии);
- Со стороны слизистых оболочек изменения (глоссит с атрофией сосочков, трещины в углах рта, ангулярный стоматит);
- Со стороны желудочно-кишечного тракта изменения (атрофический гастрит, атрофия слизистой пищевода, дисфагия). Затруднение глотания сухой и твердой пищи;
- Мышечная система. Миастения (вследствие ослабления сфинктеров появляются императивные позывы на мочеиспускание, невозможность удерживать мочу при смехе, кашле, иногда ночное недержание мочи у девочек). Следствием миастении могут быть и невынашивание беременности, осложнения в процессе беременности и родов (снижение сократительной способности миометрия);
- Пристрастие к необычным запахам;
- Извращение вкуса. Выражается в стремлении есть мел, глину и т.п.;
- Склонность к тахикардии, гипотонии.
- Сердечной недостаточность в виде ортопноэ, отеки, пульсация V. Jugularis.

В группу больных с высоким риском развития анемии при беременности входят:

- женщины с экстрагенитальными заболеваниями (ревматизм, болезни сердца, хронический пиелонефрит, гастроэнтерит, сахарный диабет, хронический тонзиллит, заболевания печени и др.);
- многоплодие;
- женщины, у которых данная беременность наступила в период лактации;
- женщины, у которых предыдущая беременность была осложнена ЭГП-комплексом, кровоизлияниями, анемией;

- женщины, у которых данная беременность осложнена кровотечениями, угроза прерывания беременности, ЭПГ-комплекс, вирусные инфекции;
- женщины с недоеданием.

Таблица 2. Лабораторные исследования

№	Лабораторный показатель	показатели при ЖДА	показатели при В12 и фолиеводефицитной анемиях
1	Морфологические изменения эритроцитов	Микроцитоз сочетается с анизоцитозом, пойкилоцитозом, в наличии анулоциты, плантоциты	Макроцитоз, тельца Жолли, кольца Кэбота;
2	Цветовой показатель	Гипохромия показатель менее 0,86	Гиперхромия ЦП>1,05
3	Содержание гемоглобина	<110 г/л в I и III триместрах <105 г/л во II триместре	Уменьшено
4	Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах (MCH)	Менее 27 пг	Более 31 пг
5	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	Менее 33%	В норме
6	Это мера среднего размера эритроцитов (MCV)	Снижен	>100 фл.
7	Количество ретикулоцитов	Не изменено	ретикулоцитопения
8	Железо сыворотки/фолиевой кислоты	Снижено/-	-/Более 2нг/мл
9	Общая железосвязывающая способность сыворотки крови	Повышена	-
10	Латентная железосвязывающая способность сыворотки	Выше 47 мкмоль/л	-
11	Коэффициент насыщения трансферрина железом (TSat)	Уменьшено	-
12	Уровень ферритина	Уменьшение	-

Тактика ведения

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Питание богатое железом и белком. Нормализовать уровень Hb с помощью питания невозможно. Всасываемость железа из мяса 20%, из растительных продуктов 0,2%.

По назначениям WHO, для предупреждения анемии, сепсиса, рождения маловесных детей, профилактики преждевременных родов беременным рекомендуется ежедневный профилактический прием внутрь препаратов железа в дозе 30-60 мг в сутки во II, III триместрах беременности (с 14 недель гестации) и в течение 3 месяцев грудного вскармливания [7, с.105]. Рекомендовано регионам с частотой распространенности железодефицитных анемий у беременных 20% и более, у пациентов с повышенным риском формирования дефицита железа (предшествующая анемия в анамнезе, многоплодная беременность, частые беременности с интервалом менее года, вегетарианок, женщин с повышенным риском кровотечения и т.п.).

Где распространенность железодефицитной анемии у беременных менее 20%, или при плохой переносимости ежедневного приема препаратов железа ВОЗ рекомендует интермиттирующий (периодический) прием пероральных препаратов в дозе 120 мг элементарного железа и 2,8 мг фолиевой кислоты один раз в неделю [7, с.106]. Нужно определить уровень гемоглобина, перед началом интермиттирующего режима. При диагностике анемии, необходимо проведение лечения ЖДА до коррекции. В дальнейшем продолжается стандартный профилактический ежедневный прием или интермиттирующий режим в зависимости от переносимости препарата. Переход на интермиттирующий режим также возможен при развитии гастроинтестинальных побочных эффектов.

Принципы лечения при ЖДА включает:

- устранение причин анемии (лечение основного заболевания);
- лечение препаратами железа;
- восполнение запасов железа (терапию насыщения);
- Профилактика рецидивов.

Патогенетическое лечение ЖДА является приема препарата железа. Ферротерапия проводится пероральным приемом препарата железа и парентеральными препаратами. Метод лечения зависит от тяжести анемии, от срока беременности, акушерскими рисками кровотечения, экстрагенитальной коморбидностью матери.

Препараты железа для приема внутрь:

Препаратами первой группы для лечения ЖДА является пероральный прием препаратов. Принципы лечения железосодержащими препаратами внутрь: предписание препаратов с достаточным содержанием элементарного железа; применение комбинированных препаратов, содержащие железо и фолиевую кислоту.

Должно заметить, что применение данных препаратов не отменяет потребность способа подходящей дозы фолиевой кислоты для профилактики

повреждения нервной трубки в течение первых 12 недель беременности; не назначать препараты железа вовнутрь при присутствии признаков нарушения всасывания в кишечнике; потребность в продолжительности насыщающего курса терапии; потребность выполнения поддерживающей терапии ПЖ в течение 3 месяцев после родов.

Чтобы увеличить всасываемость железа суточная доза не должна превышать 160 мг/день [3, с.286], подходящая доза железосодержащих препаратов для лечения железодефицитной анемии у беременных составляет 100-120 мг/день [3, с.286]. Когда анемия тяжелой степени (Hb <70 г/л) и/или связана с выраженными признаками или сроком беременности (> 34 недель) первоначальная доза должна быть не менее 200 мг. Использование больших доз не имеет значения, так как всасывание железа при этом не увеличивается. Суточную дозу можно разделить в несколько приемов. Прием препаратов железа необходимо до еды или через 1 час после приема пищи совместно с продуктами, богатыми витамином С, такими как апельсиновый сок [8, с. 20].

Препаратами первой линии являются сульфат железа, глюконат железа и fumarat железа. Для оценивания адекватного всасывания, через 2 недели после начала приема внутрь железосодержащих препаратов, гемоглобин должен увеличиться на 10 г/л и более [8, с.20]. Сроки выполнения последующих исследований Hb будут зависеть от уровня анемии и периода беременности. При нормализации значений гемоглобина, лечение следует возобновить в течение 3 месяцев или до 6 недель после родов для пополнения запасов железа.

При приеме железосодержащих препаратов особенно часто обнаруживаются следующие побочные эффекты: металлический вкус, тошнота, диарея, запор, потемнение стула.

Этиологическими факторами неэффективности лечения: отсутствие недостатка железа (неправильная трактовка природы гипохромной анемии и ошибочное назначение препаратов); неудовлетворительная дозировка (недоучет доли железа в препарате); неудовлетворительная длительность лечения; плохое всасывание препаратов, назначаемых перорально при присутствии соответствующей патологии; единовременная кровопотеря, чаще всего из органов ЖКТ; плохая подготовленность пациентки; сочетание железодефицитной анемии с другими анемическими синдромами (B12-дефицитной, фолиеводефицитной).

Парентеральные препараты железа:

Показания для назначения парентеральных препаратов железа [3, с.287; 2, с.566]:

- отсутствие результата при ферротерапии;
- выраженные побочные проявления при ферротерапии, не устранимые прочими способами или отсутствие приверженности к лечению;
- при заболеваниях кишечного тракта;
- в комбинации с рекомбинантным эритропоэтином у беременных с хронической болезнью почек, при наличии лабораторно подтвержденного снижения уровня эритропоэтина в крови пациентки с тяжелой анемией,

наличием факторов риска (нарушения коагуляции, placenta previa), клинические признаки, требующие быстрой коррекции анемии (бледность, тахикардия, одышка, синкопе и т.п.).

Противопоказания:

- отсутствие способности для реанимации беременной;
- анафилактическая реакция в анамнезе;
- срок беременности до 12 недель;
- хронические заболевания печени и острая инфекция;
- перегруженность железом.

Лечение при парентеральном введении железосодержащих препаратов начинают не раньше 2 триместра. При переходе с перорального приема на парентеральный необходимо оценивать соотношение возможной пользы и риска. Данную оценку нужно проводить индивидуально.

Для пациентов, получающих пероральную ферротерапию, контрольные исследования ОАК следует проводить через 2 недели от начала лечения. При терапии парентеральными препаратами, особенно с однократным введением, контрольные исследования ОАК может проводиться через 4-8 недель от введения препарата. Пациенты с продолжающимися кровотечениями (например, с наследственной геморрагической телеангиоэктазией) нуждаются в более частом контроле.

Причинами рецидива ЖДА могут быть недостаточная длительность приема пероральных препаратов, продолжающиеся потери крови, некорректный диагноз ЖДА, наличие дополнительных причин для развития анемии [10, с.1833; 11, с. 373].

Железодефицитная анемия:

- разрешение симптомов;
- ретикулоцитарный криз на 7-10 день от начала терапии препаратами железа, при анемии легкой степени может быть не выражен;
- повышение уровня гемоглобина на 10 г/л через 2 недели;
- нормализация уровня гемоглобина к 6-8 неделям от начала лечения.

В12-дефицитная анемия:

- улучшение самочувствия - через 1–2 дня;
- купирование неврологической симптоматики (в течение 3–6 месяцев). Оценка неврологического ответа проводится через 1–3 месяца, в некоторых случаях через 6 месяцев после начала терапии;
- увеличение числа ретикулоцитов - 2–14 день, ретикулоцитарный криз- 5–8 день;
- увеличение гемоглобина и эритроцитов - со 2 недели;
- восстановление уровня метилмалоновой кислоты, гомоцистеина и витамина В₁₂ через 3 месяца;
- восстановление количества лейкоцитов и тромбоцитов через 7–10 дней;

- МСV нормализуется в течение 25–78 дней;
- полное восстановление показателей крови происходит через 1,5–2 месяца.

Фолиеводефицитная анемия:

- быстрое клиническое улучшение, наличие ретикулоцитарного криза через 5–8 дней лечения;
- отсутствие эффекта от противоанемической терапии в амбулаторных условиях.

Показано лечение в стационаре в следующих случаях:

- анемия средней и тяжелой степени (в поздние сроки беременности);
- неэффективность амбулаторного лечения;
- наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии;
- наличие акушерских осложнений.

Лечение анемии при беременности должно быть комплексным, включая специальную диету, медикаментозную терапию, лечение сопутствующие заболевания, исключение вредных агентов, нормализация рабочего распорядка. Лечение заключается в дополнительной терапии препаратами железа (тотема по 1-2 капсулы в день, ферроградумет, ферроплекс и др. можно вводить). Хороший эффект дает применение препарат фенюльс: по 1 капсуле 1 раз в день беременным в срок 10–20 недель по 2 капсулы в день в сроке 21–32 недели, а с 33 недели до конца беременности — по 3 капсулы в день. Сбалансированно назначается диета, обогащенная железом [7, с.118; 8 с. 364].

Высокое содержание железа имеется в печени, мясе, яйцах, зелени, инжире, бобовых. Также имеются продукты, которые могут усиливать (гемовое железо, двухвалентное железо, аскорбиновая кислота) или ингибировать (продукты, богатые кальцием, танины чая, фитаты в злаках) абсорбцию железа.

Фитотерапия эффективна: крапива двудомная (столовая ложка листьев), ежевика (столовая ложка листьев) — залить 600 мл кипятка, смесь, настоять 30 мин, процедить и выпить настой горячим в дозе по 100–150 мл 3 раза в день до еды в течение 2 мес. Витаминотерапия имеет важное значение в медикаментозном лечении анемии, в первую очередь аскорбиновая кислота (до 800–1000 мг/сут) [9, с.79].

Витамины В1, В2, В6 и РР также вводят в дозе 50 мг в сутки в течение 3-4 недель. Витамин Е назначают по одной капсуле 3 раза в день, бета-каротин — 8-10 капель в день. Осложнения во время беременности у больных анемией следующие: гипоксия и гипотрофия плода, недоношенность, комплекс ЭГП, отслойка плаценты, интеркуррентная инфекция. Осложнения во время родов: деструкция родов (чаще слабость родовой деятельности), кровотечения во время беременности и родов.

Наиболее предпочтительный метод родоразрешения для больных с анемией — роды через естественные родовые пути, профилактика слабости родовой деятельности, гипоксии и асфиксии плода, новорожденных. 3-й период родов должен проводиться с иглой в вене. Активное введение третьего периода родов. Акушер-гинеколог должен быть готов к ручному обследованию полости

матки после родов. В послеродовом периоде у этих пациенток часто встречаются послеродовые гнойно - септические осложнения, поэтому следует проводить профилактику. Лечение дефицита железа следует продолжать в послеродовом периоде.

Женщинам, у которых беременность осложнилась анемией, следующая беременность может быть рекомендована не ранее через 2-3 года.

1.2 БЕРЕМЕННОСТЬ И ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ

Тромбоцитопении – группа заболеваний, при которых количество тромбоцитов ниже существующей нормы — $150 \times 10^9/\text{л}$ — $400 \times 10^9/\text{л}$. Снижение количества тромбоцитов может быть вызвано их повышенным разрушением, повышенным потреблением и недостаточное формирование.

Различают наследственную и приобретенную формы тромбоцитопении. При наследственных формах изменение функциональных свойств тромбоцитов, что дает основание говорить их в группу тромбоцитопатий [6, с. 393].

Приобретенные формы тромбоцитопений подразделяются на:

- Иммунные формы;
- Формы, вызванные механическими травмами тромбоцитов (гемангиомы, спленомегалия);
- Подавление пролиферации клеток костного мозга (апластическая анемия, химические и лучевые поражения костного мозга);
- Замещение костного мозга опухолевой тканью (Болезнь Маркиафавы-Микели);
- Повышенный расход тромбоцитов (при тромбозах, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания);
- Дефицит витамина В12 или фолиевой кислоты.

Наиболее часто встречающаяся в акушерской практике форма идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, которая в 90 % случаев является приобретенная аутоиммунная форма тромбоцитопении. Болезнь Верльгофа - это общее название тромбоцитопений, которые не связанные с острым лейкозом, болезнью Маркиафавы-Микели, дефицит витамина В12 или фолиевой кислоты. При болезни Верльгофа количество мегакариоцитов увеличено, а размеры селезенки нормальные [11, с.435].

Патогенез

Недостаточное количество тромбоцитов и связанные с этим снижение тромбоцитарного компонента в системе крови коагуляция лежит в основе патогенеза заболевания. Снижение количества циркулирующих тромбоцитов связано с длительностью их жизни, которая сокращается до нескольких часов вместо 7-10 дней.

Причинами разрушения тромбоцитов на периферии являются антитела к циркулирующим тромбоцитам. Известно, что тромбоциты участвуют в поддержании нормальное состояние эндотелия микрососудов, формируют первичные тромбоцитарные бляшки при поражении сосудов, участвуют в

крововетворении коагуляции и являются одним из ингибиторов фибринолиза. Тромбоциты играют ведущую роль в остановке кровотечения в зоне микроциркуляции (первичный гемостаз), тогда как формирование позднее возникают фибриновые сгустки (вторичный коагуляционный гемостаз). При тромбоцитопении геморрагический диатез имеет микроциркуляторный характер и возникает из-за повышенной ломкости сосудов, а также за счет выхода эритроцитов из кровотока через капилляры (диapedез) [1,с.689; 2,с.567].

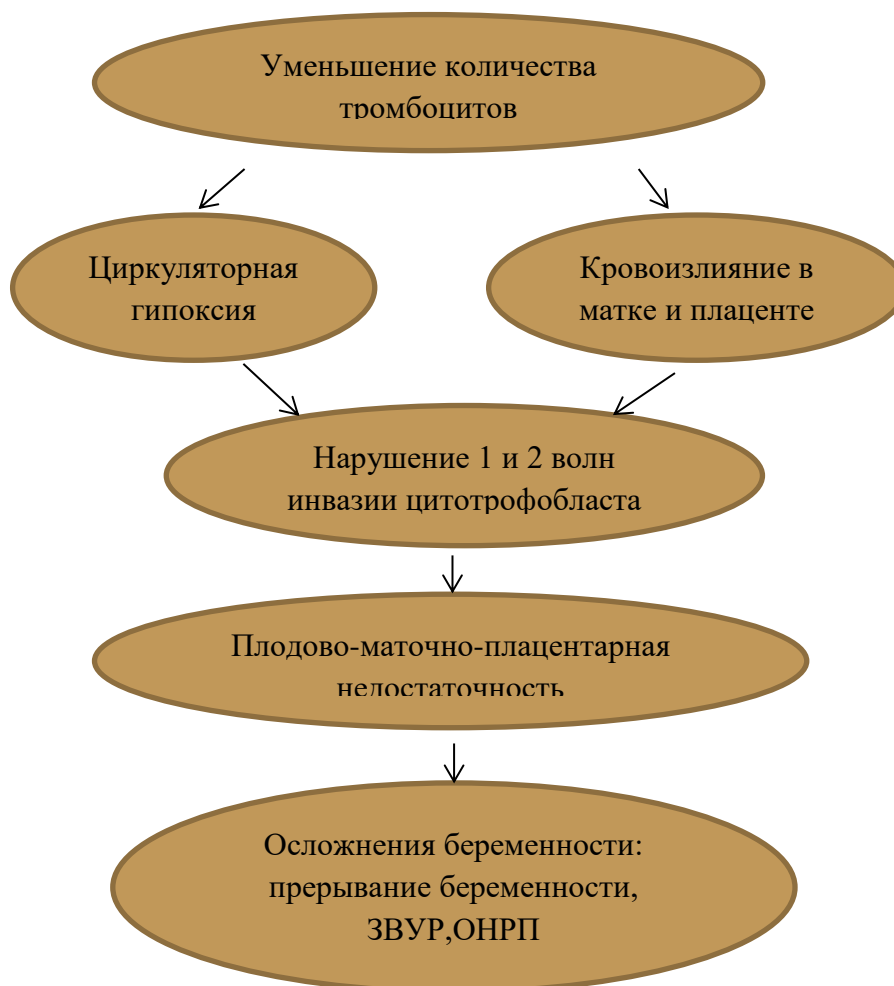


Рисунок 2- Патогенез осложнений беременности при Болезни Верльгофа [1, с.689]

Клиническая картина

Тромбоцитопения бывает первичной (самостоятельное заболевание) и вторичной (следствие различных заболеваний).

Клинически заболевание проявляется кровоизлияниями из мелких сосудов кожи и слизистых оболочек. Петехиальные кровоизлияния на коже возникают при малейших травмах: при измерении артериального давления, натирание кожи в местах инъекций, при пальпации. Больных могут беспокоить

кровотечения: носовые, желудочно-кишечные, метроррагии и др., особенно частые при тяжелой форме болезни.

При исследовании периферической крови отмечается снижение количества тромбоцитов до $50-40 \times 10^9 /л$, вплоть до полного исчезновения. Имеются гигантские формы тромбоцитов в периферической крови. Количество плазматических элементов крови нормальное; иногда даже увеличение количества факторов крови возможны коагуляции, по-видимому, компенсаторного характера.

Уровень гемоглобина и эритроцитов может быть нормальным или, вследствие кровотечений, редуцированным [5, с.203]. Продолжительность кровотечения по Дукке (Duke's тест) удлиняется, а коагуляционный гемостаз (время коагуляции) может не нарушаться или даже несколько ускоряться (при компенсированной форме). Ретракция кровянистого сгустка нарушена. Агрегационные свойства тромбоцитов и их адгезия могут быть снижены за счет резкого уменьшения количества циркулирующих тромбоцитов. Диагностика заболевания возможна при спинной пункции для исключения гемобластозов, болезни Маркиафавы-Микели, метастазы рака и др. Нормальное содержание мегакариоцитов при точечном поражении костного мозга характерно для идиопатической пурпуры.

Влияние тромбоцитопении на беременность

Течение беременности и родов зависит от формы заболевания и характера предшествующего лечения (лечение до беременности). При острой форме заболевания, протекающей со значительным кровотечением из носа и десен, при кровоизлияниях в мозг, при хронической форме с частыми рецидивами, беременность противопоказана.

Беременность при идиопатической тромбоцитопении может быть осложнена преждевременным прерыванием беременности в различные сроки (до 30 %), кровотечениями во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде (20 %); характерным и тяжелым осложнением является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кроме того, роды осложняются нарушением сократительной деятельности матки (слабость родовых сил), угрожающем состоянием плода, внутричерепным кровоизлиянием вследствие нарушения кровообращения в головном мозге [11, с.435].

Послеродовый период осложняется кровотечением в местах малейших разрывов, порезов и трещин. Примерно 2-8 % материнской смертности при идиопатической тромбоцитопении вызывают кровотечения во время родов и в раннем послеродовом периоде. Частота перинатальной смертности составляет 50%, большая часть которых связана с внутричерепными кровоизлияниями.

Влияние беременности на тромбоцитопению

У 50-60 % пациентов с болезнью Верльгофа обострения основного заболевания наблюдаются при беременности. В некоторых случаях признаки болезни уменьшаются.

Тактика ведения

Современная терапия заболевания основана на применении кортикостероидов, иммунодепрессантов и спленэктомии. При наличии тромбоцитопении с числом 40×10^9 /л без геморрагических проявлений лечение при беременности не требуется. За две недели до ожидаемого срока беременная женщина должна быть госпитализирована в стационар для обследования и подготовки к родам. За 10 дней до срока обычно назначают преднизолон в дозе 30-40 мг/сут. После родов дозу постепенно уменьшают в течение 5-6 дней, а затем препарат отменяют. При появлении первых признаков геморрагического диатеза при беременности назначают преднизолон в дозе 30-40 мг/сут. Доза может быть увеличена до 60 мг/сут. Если это неэффективно и при усугублении геморрагического диатеза и анемии имеет место, дозу преднизолона увеличивают до 80 мг/сут, делается переливание свежей крови по 150-200 мл каждые 3-5 дней.

Назначение преднизолона в дозах 80-100 мг/сут в родах для таких больных обязательна, с постепенным уменьшением дозы в послеродовом периоде. Вопрос о необходимости спленэктомии возникает при неэффективности всех вышеперечисленных медицинских мер. Проведение такой операции в поздние сроки беременности (а также в послеродовом периоде) связано с высоким уровнем материнской (до 10 %) и перинатальной (25-30 %) смертности. Поэтому спленэктомия у беременных с Болезнью Верльгофа считается вынужденной мерой и проводится по жизненным показаниям, при неэффективной гормональной и заместительной терапии. При усилении кровоизлияний, анемии, ухудшение общего состояния плода, показано кесарево сечение. В некоторых случаях одновременно с кесаревым сечением можно сделать спленэктомию [11, с.435].

При количестве тромбоцитов равном 40×10^9 /л без геморрагических проявлений акушерская тактика остается выжидательной. Лечение, носит консервативный характер профилактика кровотечений. При обострении геморрагического диатеза в и неэффективности медикаментозной терапии показано кесарево сечение. В послеродовом периоде применяются антибактериальные препараты для профилактики послеродовых септических заболеваний.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

Выберите один правильный ответ.

1. Причиной анемии у беременных часто является:
 - А. дефицит витаминов;
 - В. недостаток железа;
 - С. излишка микроэлементов;
 - Д. проживание в селе;
 - Е. проживание в городе.
2. Виды анемии, часто встречающиеся у беременных:
 - А. мегалобластная;
 - В. гипопластическая;
 - С. железо-белководефицитная;
 - Д. апластическая;
 - Е. серповидноклеточная.
3. Этиологические факторы железодефицитной анемии:
 - А. недостаток железа;
 - В. частые воспалительные заболевания;
 - С. заболевания желудка;
 - Д. кровопотери в анамнезе;
 - Е. иммунодефицитные состояния.
4. Проявления анемии у беременных:
 - А. проксимальная миопатия;
 - В. артериальная гипертензия;
 - С. одутловатость лица;
 - Д. отеки нижних конечностей;
 - Е. бледность кожного покрова.
5. Характерные осложнения беременности при анемии:
 - А. многоводие;
 - В. синдром задержки плода;
 - С. гестационный сахарный диабет;
 - Д. предлежание плаценты;
 - Е. преэклампсия тяжелой степени.
6. Часто встречающиеся осложнения во время родов при анемии:
 - А. артериальная гипертензия;
 - В. диструкция родов;
 - С. артериальная гипотензия;
 - Д. преэклампсия;
 - Е. угрожающее состояние плода.
7. Основные принципы лечения анемий:
 - А. оперативное лечение;
 - В. препараты железа;
 - С. плазмаферез;
 - Д. гормонотерапия;

Е. инфузионная терапия.

8. Для тромбоцитопении характерно следующий тип кровоточивости:

- А. петехиально-экхиматозный;
- В. смешанный синячково-гематомный;
- С. локуно-васкулитный;
- Д. гемартрозы;
- Е. ангиоматозный.

9. При железодифицитной анемии уровень железа:

- А. резко повышен;
- В. снижен;
- С. никогда не меняется;
- Д. повышен незначительно;
- Е. резко снижен.

10. Изменение какого показателя является основным при диагностике гипохромной анемии:

- А. снижение тромбоцитов;
- В. снижение эритроцитов;
- С. повышение ретикулоцитов;
- Д. низкий цветовой показатель;
- Е. снижение моноцитов.

Клиническая ситуация

Беременная А., 23 года, срок беременности — 28–29 нед, головное предлежание, обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение. Объективно: АД — 90/60 мм рт.ст., ЧСС — 78 в минуту, ритмичный, кожа бледная, имеются трещины в углах рта. Матка в нормотонусе. Шевеления плода ощущает хорошо. Сердцебиение ясное, ритмичное, 136 уд. в минуту. Выделения из половых путей умеренные слизистые. ОАК: гемоглобин — 82 г/л, эритроциты — $2,7 \times 10^{12}/л$, гематокрит — 23 г/л. Поставьте предварительный диагноз, определите дальнейшую тактику ведения.

Клиническая ситуация

Беременная Б., 22 года. Жалобы на головокружение, слабость, утомляемость. Первые роды 2 года назад осложнились задержкой частей плаценты и кровотечением в раннем послеродовом периоде. Производилась ручная ревизия полости матки. Ребенка кормила грудью до 8 месяцев. Объективно: рост 163 см, вес 56 кг. Кожа бледная. Пульс 90 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД 95/60, 100/60 мм ртутного столба. ЭКГ — синусовая тахикардия. Матка вне тонуса, соответствует сроку 27 недель. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в 1 минуту. Анализ крови: Нв — 82 г/л, эр. — 3,5 Г/л, л — 5,2 Г/л, э — 2%, с — 74%, п/я — 3%, л — 18%, м — 3%, ретикулоциты — 14%, анизопойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов. Общий анализ мочи без патологических изменений.

2. ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

2.1 БЕССИМТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из наиболее распространенных инфекций, для лечения которых назначают антибиотики. Американское общество инфекционистов выпустило рекомендации по лечению неосложненного острого бактериального цистита и острого пиелонефрита у женщин. Присутствие бактерий в моче бессимптомного пациента известно как бессимптомная бактериурия. Американского общества инфекционистов (IDSA) также опубликовала рекомендации по показаниям для скрининга и лечения бессимптомной бактериурии у различных групп пациентов [1, с.695].

Эпидемиология

Часто встречается бессимптомная бактериурия с разной распространенностью в зависимости от возраста, пола, сексуальной активности и наличия аномалий мочеполовой системы. У здоровых женщин распространенность бактериурии увеличивается с возрастом, примерно от 1 процента у женщин в возрасте от 5 до 14 лет более чем 20 процентов у женщин в возрасте не менее 80 лет. *Escherichia coli* является наиболее распространенным изолированным микроорганизмом у больных с бессимптомной бактериурией. Инфекционные организмы разнообразны и включают *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa*, виды *Enterococcus* и стрептококки группы В [1, с.695].

Диагностика

Наличие значительного количества бактерий в образце мочи, надлежащим образом собранном у человека без симптомов или признаков ИМП, характеризует бессимптомную бактериурию. Количественными критериями для выявления значительной бактериурии у бессимптомного человека являются:

- наличие бактерий единиц (КОЕ) на мл средней порции мочи;
- наличие бактерий в средней порции мочи в количестве $\geq 10^5$ КОЕ/мл, определенных дважды с интервалом 24 ч (один и тот же вид микроорганизмов);
- отсутствие клинических симптомов; • наличие или отсутствие лейкоцитурии (пиурия).

Тесты на лейкоцитарную эстеразу и нитриты часто используются в учреждениях первичной медико-санитарной помощи для оценки симптомов мочеиспускания; однако они бесполезны для диагностики ИМП. Тест на лейкоцитарную эстеразу с помощью полоски для измерения мочи, показывающий следы или большее количество лейкоцитов, имеет чувствительность от 75 до 96 процентов и специфичность от 94 до 98 процентов для выявления пиурии; однако пиурия не является специфичной для ИМП и может возникать при других воспалительных заболеваниях мочеполового тракта (например, вагините). Анализ мочи с микроскопическим

исследованием на наличие бактерий остается полезным тестом для выявления бактериурии.

Ограничения теста на нитрит с полоской для диагностики бактериурии включают: инфицирование возбудителями, не продуцирующими нитрит; задержки между получением и тестированием образца; и недостаточное время с момента последней пустоты для появления обнаруживаемых уровней нитритов. Комбинация тестов на лейкоцитарную эстеразу и нитрит приводит к более высокой специфичности, чем использование любого из тестов по отдельности.

Влияние бессимптомной бактериурии на беременность

У женщин с бессимптомной бактериурией во время беременности чаще рождаются недоношенные дети или дети с низкой массой тела при рождении, а риск развития пиелонефрита во время беременности у них в 20–30 раз выше, чем у женщин без бактериурии [1, с.696].

Беременным с бессимптомной бактериурией после определения флоры и ее чувствительности к антибиотикам назначают медикаментозное лечение (пероральный прием препаратов):

- однократное назначение высокоэффективного и безопасного антибиотика (схема экономична, меньше риск побочных явлений);
- 3-дневный курс антибактериальной терапии;
- через 2 нед — культуральное исследование мочи;
- в случае стерильности мочи (бактериурия $\leq 10^4$ КОЕ/мл) беременную наблюдают в обычном режиме;
- при наличии факторов риска ИМП показано поддерживающее лечение фитопрепаратами;
- при рецидиве бактериурии препарат меняют.

Лечение бактериурии включает восстановление нормобиоценоза влагалища и кишечника. Оценка эффективности лечения: микробиологическое исследование мочи через 28–42 дня после завершения лечения и через 7–10 дней.

Критерии эффективности лечения:

- выздоровление (стерильные посевы мочи или наличие бактерий в моче в концентрации менее 10⁴ КОЕ/мл);
- персистенция инфекции (определение того же возбудителя в моче в концентрации 10⁴ КОЕ/мл и более) [1, с.696].

У некоторых пациенток возможна реинфекция (обнаружение в моче нового вида бактерий в концентрации 10³ КОЕ/мл и более во время любого посещения). Кокрановский систематический обзор показал, что лечение бессимптомной бактериурии во время беременности снижает риск последующего пиелонефрита с 20–35% до 1–4%. Ранние исследования показывают продолжение противомикробной терапии на протяжении всей беременности; тем не менее, в более поздних исследованиях сообщалось об аналогичных преимуществах у пациенток, получавших в течение 14 дней нитрофурантоин или триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП/СМХ; Бактрим, Септра), по сравнению с теми, кто получал непрерывную противомикробную

терапию до конца беременности. IDSA рекомендует курс от трех до семи дней антимикробной терапии у беременных женщин с бессимптомной бактериурией. Кокрановский систематический обзор обнаружил недостаточно доказательств, чтобы определить, является ли режим однократной дозы столь же эффективным, как и более продолжительное лечение.

2.2 ПИЕЛОНЕФРИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Частота встречаемости пиелонефрита при беременности составляет 6-10%. Это инфекционное заболевание; наиболее частыми возбудителями являются *E.coli*, энтерококки, стафилококки, стрептококки и смешанные инфекции. Беременность может способствовать развитию пиелонефрита из-за расширения мочеточников и почечных лоханок и застоя мочи в мочевом пузыре и мочеточниках, которые более выражены в срок после 20 недель беременности в связи с повышением уровня прогестерона в крови. Поэтому срок 20-24 недели беременности является высоким риском по возникновению или обострению пиелонефрита.

Острый пиелонефрит обычно развивается после 16 недель беременности. Его симптомы следующие: острая ноющая боль в области поясницы, часто иррадиирующая в пах, лихорадка с ознобом и ознобом, анорексия, тошнота и рвота, возникающие из-за общей интоксикации. Типичным симптомом является мочеиспускание или дизурия. Симптом Пастернацкого положительный. При анализе крови обычно выявляется бактериурия, лейкоцитурия, протеинурия.

Хронический пиелонефрит может иметь хроническое течение с начала или может развиваться в результате неэффективного лечения острого или рецидивирующего пиелонефрита. Бессимптомная бактериурия может чередоваться с периодами обострения при хроническом пиелонефрите. Диагностика может быть затруднена из-за длительного бессимптомного периода, когда в моче не обнаруживаются ни белки, ни гнойные клетки. Хронический пиелонефрит часто сопровождается хронической гипертензией. Прогноз для матери и плода зависит от степени поражения почек [2, с. 577; 11, с. 459].

Влияние пиелонефрита на беременность

Наиболее частое осложнение беременности при пиелонефрите – преэклампсия и эклампсия, недоношенность, врождённые пороки развития плода. Заболеваемость ЭПГ-комплексом у беременных с пиелонефритом составляет около 40%, при этом тяжелые формы развиваются чаще. Частота преждевременных родов составляет около 30%, перинатальная смертность около 25%. У новорожденных могут иметь место возникновение гипотрофии, недоразвитие, инфекции, асфиксии.

Влияние беременности на пиелонефрит

Течение пиелонефрита обостряется во время беременности. Хронический пиелонефрит обостряется во время беременности, а если не лечить, это может произойти дважды или трижды во время беременности.

Ведение беременности при пиелонефрите

В группу высокого риска для беременных с пиелонефритом входят следующие:

- как пациентки первой степени риска, определяют женщин острый пиелонефрит впервые возникший во время беременности;
- как пациентки второй степени риска, определяют беременных с хроническим пиелонефритом возникшим до беременности;
- к группе наивысшего риска при беременности, называемой третьей степенью риска, относятся женщины с пиелонефритом, осложненным азотемией или артериальной гипертензией, или женщины с пиелонефритом единственной почки.

Беременность противопоказана больным с третьей группой риска, так как может привести к материнской и перинатальной смертности.

Лечение пиелонефрита при беременности должно быть только в стационаре. Пациенты с хроническим пиелонефритом подлежат госпитализации с профилактической целью трижды во время беременности. Первая госпитализация в сроке до 10 нед. беременности с целью исследовать общее состояние беременной, состояние почечной системы и найти возможность пролонгировать беременность. Лечение включает: антибактериальную терапию (пенициллин 10 000 000 ЕД ежедневно внутримышечно или ампициллин 500 мг 4 раза в сутки. 4 раза в сутки или пиопен по 1 г 4 раза в сутки) в течение 7-8 дней [2, с. 577; 11, с. 459].

Повторная профилактическая госпитализация в сроке 20-22 нед гестации лечение заключается в профилактике обострения пиелонефрита. Назначается следующее лечение: антибактериальная терапия (цефутоксим 500 мг 4 раза в день; гентамицин, канамицин, также можно использовать олеандомицин). Невиграмон, неграм должен быть назначен по 2 капсулы 4 раза в день в течение 10 дней. Фурагин можно назначать по 0,1 г 4 раза в сутки в течение 4 дня, а затем по 0,2 г 3 раза в день в течение 10 дней. Уросульфам обычно назначают по 0,5 г 3-4 раза в день в течение 12-14 дней. В рацион питания следует вводить ограниченное количество соли и воды. В случаях повышенной температуры необходим постельный режим. Важное значение для этих больных также имеют антигистаминные препараты, спазмолитики, лечение профилактики гипоксии плода и преждевременных родов [1, с. 711].

Третья госпитализация необходима в третьем триместре беременности, в сроке 34-36 недель беременности, для общего обследования и выбора способа родоразрешения.

Антибиотики могут быть использованы по показаниям, обычно используются лечение гипоксии плода, для улучшения плацентарной

микроциркуляции. Для пациентов с пиелонефритом лучший способ родоразрешения через естественные родовые пути. Кесарево сечение противопоказано из-за инфекционного процесса и может проводиться только по абсолютным показаниям. В послеродовом периоде высок риск развития инфекций, поэтому назначают с профилактической целью антибактериальную терапию.

2.3. БЕРЕМЕННОСТЬ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Гломерулонефрит – инфекционно-аллергическое заболевание почек с поражением клубочков. Гломерулонефрит встречается у 0,1-0,2 % беременных; это самое опасное заболевание почек, т.к. осложненное течение беременности сопутствующие ему чаще, чем при других заболеваниях. Возбудителем этого заболевания является нефрогенная культура β -гемолитического стрептококка группы А, тип 12. Развивается гломерулонефрит через 10-15 дней после перенесенной скарлатины, ангины, стрептококковой пиодермии. Неинфекционный гломерулонефрит после вакцинации, прививки встречается реже. Суть патологический процесс при гломерулонефрите аутоаллергизация. Инфекционный фактор быстро теряет доминирующее значения, и болезнь приобретает форму аутоагрессивного процесса. Различают острую и хроническую формы гломерулонефрита [11, с.515].

Клиническая картина острого гломерулонефрита при беременности скрытая. При беременности острый гломерулонефрит обычно протекает по типу преэклампсии тяжелой степени. Клиническими проявлениями в таких случаях являются повышение артериального давления, отеки, протеинурия. В отличие от преэклампсии тяжелой степени острый гломерулонефрит сопровождается выраженной гематурией, цилиндрурией. Повышается титр антистрептолизина и антигиалуронидазы. Начало

заболевания острое, с появлением озноба, головной боли, отеков. Все эти симптомы появляются у беременных через 1-2 недели после ангины. Острый гломерулонефрит является противопоказанием к пролонгированию беременности.

Хронический гломерулонефрит может протекать в латентной, нефротической, гипертонической и смешанной формы. Более часто встречается латентная форма (примерно в 65% случаев). Характеризуется непостоянной микропротеинурией, микрогематурией; в мочевом осадке можно определить одиночные цилиндры. Скрытая форма гломерулонефрита протекает без гидропического синдрома и гипертонии [2, с.580].

Нефротическая форма встречается примерно в 5% случаев. Комплекс симптомов, характерные для этой формы: протеинурия (до 30-40 г/л), гипопроteinемия (белок крови снижается до 40-50 г/л), выраженные отеки и гиперхолестеринемия. В мочевом осадке красного цвета выявляются тельца и различные цилиндры — гиалиновые, зернистые, восковой. Проницаемость

эндотелия клубочковой капиллярной сети резко увеличилась; нарушена канальцевая реабсорбция белка.

Гипертоническая форма характеризуется выраженным гипертоническим синдромом, умеренная гематурия, протеинурия и цилиндрурия. Отеки не характерны для этой формы гломерулонефрита. У больных на фоне выраженной артериальной гипертензии выявляются, гипертрофия левого желудочка сердца, спазм артериол глаза. Артериальная гипертензия при хроническом гломерулонефрите развивается из-за снижения почечного кровотока, увеличение продукции ренина и ангиотензина, а также

повышенная продукция альдостерона. Распространенность этой формы составляет примерно 7% от общего числа беременных с гломерулонефритом.

Смешанная (отечно-нефротическая) форма характеризуется наиболее выраженными сосудистыми изменениями и артериальной гипертензией сопровождается гипертрофией левого желудочка, сосудистыми изменениями глаз, выраженными дистрофическими процессами в почках, тяжелой протеинурией, цилиндрурией, гематурией, отеками. Распространенность этой формы составляет примерно 25%. При этой форме гломерулонефрита бывает приступ судорог, сходный с эклампсией, может развиваться даже в отсутствие преэклампсии тяжелой степени.

Влияние гломерулонефрита на беременность

Беременность на фоне хронического гломерулонефрита протекает с тяжелыми осложнениями. Примерно в 40 % у женщин с данной патологией развивается очень рано (до 28 недель) ЭПГ-комплекс, протекает в очень тяжелой форме (преэклампсия тяжелой степени, эклампсия, HELLP-синдром). Острые респираторные инфекции, грипп, тонзиллит провоцируют возникновение преэклампсии тяжелой степени. Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите – нарушение маточно-плацентарного кровообращения.

Сосудистые спазмы, ишемия почек, гипертония, повышение содержания фибриногена приводит к недостаточности кровоснабжения плаценты. Кроме того, иммунологический баланс между материнским организмом и плодом сломан. Попадая в кровоток матери, антигены ткани плаценты вызывают сенсibilизацию с развитием антител не только к тканям плаценты, но и к жизненно важным органам беременной, включая почки, что приводит к известным изменениям как порочный круг.

Нарушения маточно-плацентарного кровообращения привести к патологии плода. В 12-15 % случаев беременность наступает, но осложняется внутриутробной гибелью плода, врожденными аномалиями плода, задержкой внутриутробного развития, гипоксией плода. Те неблагоприятные условия для развития плода усугубляются анемией сопутствующей гломерулонефриту. Уровень перинатальной смертности чрезвычайно высок составляет— от 140 до 400‰ и выше.

Беременность при гломерулонефрите часто осложняется преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, протекающей в тяжелой форме, сопровождающаяся массивным кровотечением, быстрым присоединением коагулопатических нарушений. У 15 % больных с гломерулонефритом, преждевременная потеря плода происходит при различных сроках (ранние и поздние аборт, преждевременные роды). Частота материнская смертность при гломерулонефрите составляет 27,1 %.

Влияние беременности на гломерулонефрит

Течение гломерулонефрита при беременности ухудшается. Снижение тонуса мочеточников и почечных лоханок, задержка мочи в мочевой пузырь, и мочеточники способствуют присоединению вторичной инфекции, ухудшение состояния почек, вызывая тем самым развитие почечной недостаточности. Эти процессы более выражены после 20 недель беременности, в связи с повышением уровня прогестерона в крови. Нейроэндокринные изменения, характерные для гестационного процесса, иммунные нарушения при беременности неблагоприятно влияет на течение гломерулонефрита, способствуют развитию функциональных декомпенсационных нарушений, прогрессированию заболевания. Беременность представляет собой высокую степень риска перехода заболевания в терминальную стадию - хроническую уремию [1 с.713;11, с.515].

Ведение беременности при гломерулонефрите

Ведение и лечение беременных с гломерулонефритом проводятся акушером-гинекологом и терапевт-нефролог. На ранних сроках беременности (около 12 недели) необходимо провести общий осмотр беременной для уточнения формы заболевания, изучить особенности анамнеза и решить вопрос о ведении беременности.

Существует три степени риска для беременных женщин при гломерулонефрите:

I степень риска — латентная форма гломерулонефрита;

II степень риска — нефротическая форма гломерулонефрита;

III степень риска — гипертоническая и смешанная формы гломерулонефрита.

Беременность может быть пролонгирована при хронической, латентной форме гломерулонефрита.

Проблема пролонгирования беременности при I и II степени риска решается индивидуально: беременность может быть пролонгирована в отсутствие признаков обострения, выраженной артериальной гипертензии и азотемии, наличие возможности строгого контроля функции почек.

Ведение и лечение беременных осуществляется на базе большого стационара. Беременность противопоказана при III степени риска в связи высокой материнской смертностью при этой патологии. Беременность категорически противопоказана при любой форме гломерулонефрита, протекающей с почечной недостаточностью [11, с. 516; 12, с. 115].

Таким образом, первая госпитализация беременных с хроническим гломерулонефритом происходит в сроке 10-11 недель беременности в профильный стационар, для обследования и решения вопроса о пролонгировании беременности.

Вторую плановую госпитализацию проводят в 20-22 недели беременности для обследования и профилактического курса лечения (неспецифическая десенсибилизирующая терапия, антибактериальная терапия для профилактики вторичной инфекции, спазмолитической и метаболической терапии). Лечение, следует проводить направленное на улучшение маточно – плацентарного кровообращения и профилактики гипоксии плода.

Кроме профилактической госпитализации в I и II триместре беременности стационарное лечение на любом сроке гестации показана при ухудшении общего состояния, появлении признаков угрожающего аборта, преэклампсии тяжелой степени, гипоксия плода и др.

Общая терапия гломерулонефрита с применением кортикостероидов, цитостатические средства и иммунодепрессанты нельзя применять беременным в связи с тератогенным действием этих лекарств. Поэтому симптоматическая терапия в основном управляется. Диета с ограничением соли до 2 г/сут, следует вводить жидкости до 800 мл/сутки; салуретические диуретики (гидрохлоротиазид, этакриновая кислота, фуросемид в дозе 0,04-0,08 г, спиронолактон — по 0,025 г 6–8 раз в день, постепенно снижение дозы до 0,025 г/сут.). В сочетании с мочегонными препаратами вводится хлорид калия, гипотензивная терапия (раунатин, дибазол, папаверин, клофелин, атенолол и др.).

С целью восполнение белков, переливание белков и свежемороженых плазма. Неспецифическая десенсибилизирующая терапия (димедрол, пипольфен, супрастин и др.). Седативная терапия, метаболическая терапия для профилактики и лечения внутриутробного плода нужен.

Третья плановая госпитализация должна быть организована в срок 36-37 нед беременности. Беременная госпитализирована в отделение патологии беременности для обследования, определения метода родоразрешения и подготовки к родам. В ряде случаев целесообразно вызвать преждевременные роды у женщины, чтобы избежать гибели плода.

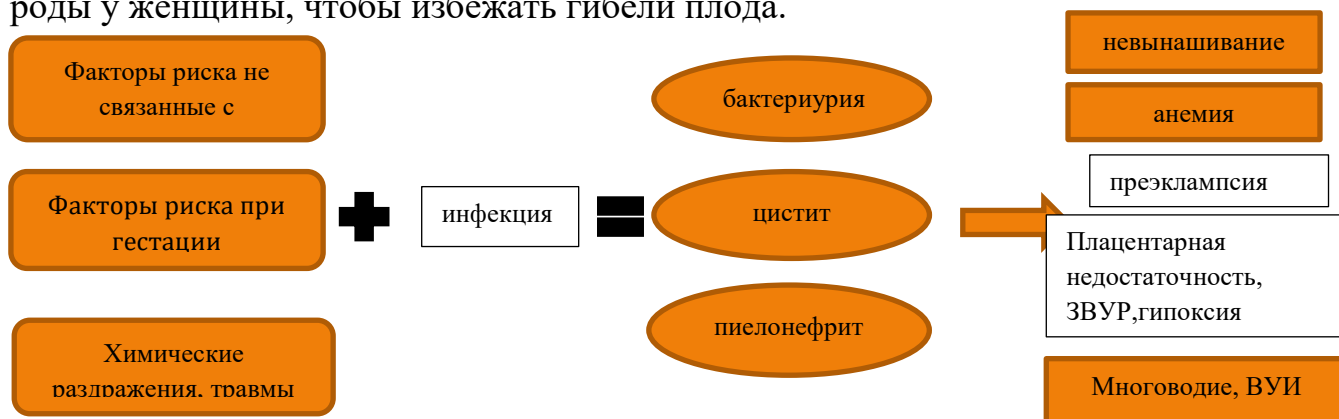


Рисунок 3- Патогенез осложнений гестации при инфекционных болезнях мочевыводящей системы [1, с.710]

Метод родоразрешения

Предпочтительный способ родоразрешения у беременных с гломерулонефрит – родоразрешение через естественные родовые пути с широким применением обезболивания. Ведение 2 периода родов зависит от уровня артериального артериальное давление, состояние плода. Контролируемая гипотензия, сокращение периода изгнания. Кесарево сечение пациентам при гломерулонефрите осуществляется в основном по неотложным показаниям, например, при угроза асфиксии плода [1,с.721].

В послеродовом периоде наблюдение за общим состоянием родильниц следует сохранить функцию почек; в случае при ухудшении течения заболевания больные должны быть госпитализированы в специализированные больницы или терапевтические отделения.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Показанием для прерывания беременности является:
 - А. острый гломерулонефрит;
 - В. острый цистит;
 - С. бессимптомная бактериурия;
 - Д. прогрессирующая почечная недостаточность;
 - Е. мочекаменная болезнь.
2. Диета у беременных с заболеваниями почек:
 - А. соблюдается;
 - В. обязательна;
 - С. белковосодержащая;
 - Д. безглютеновая;
 - Е. бессолевая.
3. Диагностические критерии при пиелонефрите у беременных:
 - А. анализ мочи на белок каждую неделю;
 - В. посев мочи и определение антибиотикочувствительности;
 - С. измерение артериального давления;
 - Д. общий анализ крови;
 - Е. измерение внутриглазного давления.
4. Препараты для лечения пиелонефрита в первом триместре беременности используются следующие антибактериальные препараты:
 - А. аминогликозиды
 - В. нитрофураны
 - С. цефалоспорины
 - Д. антибиотики пенициллинового ряда
 - Е. тетрациклины
5. Критические сроки, возникновения геастационного пиелонефрита:
 - А. независимо от срока;
 - В. 10-13 нед;
 - С. 14–22 нед;

- D. 32-36 нед;
 - E. 22-28 нед.
6. При пиелонефрите у беременных беременность противопоказана:
- A. сахарный диабет в сочетании с пиелонефритом;
 - B. двусторонний пиелонефрит;
 - C. пиелонефрит единственной почки;
 - D. гипотериоз диабет в сочетании с пиелонефритом;
 - E. тяжелая анемия в сочетании с пиелонефритом.
7. Факторы риска развития гестационного пиелонефрита:
- A. вагинит;
 - B. мочекаменная болезнь;
 - C. носительство условно - патогенной микрофлоры;
 - D. нарушение уродинамики;
 - E. верно A, C, D.
8. Акушерские осложнения пиелонефрита у беременных:
- A. угроза прерывания беременности;
 - B. плацентарная недостаточность;
 - C. септицемия;
 - D. преэклампсия;
 - E. все верно.
9. Форма течения хронического гломерулонефрита у беременных:
- A. Латентная;
 - B. Гипертоническая;
 - C. Нефротическая;
 - D. С резко выраженной клинической симптоматикой;
 - E. Болевая.
10. Показания к госпитализации при пиелонефрите у беременных:
- A. обострение хронического пиелонефрита;
 - B. угрожающие преждевременные роды;
 - C. признаки гипотрофии плода;
 - D. присоединение преэклампсии;
 - E. все верно.

Клиническая ситуация

Первобеременная М., 29 лет, срок гестации — 29 недель, доставлена в приемное отделение с жалобами на боли в правой поясничной области, внизу живота, болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,3 °С. Из анамнеза: данная беременность первая, первый триместр осложнялся острым циститом, неспецифическим вагинитом. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 38,3 °С, живот при пальпации безболезненный, перитонеальных симптомов нет, положительный симптом Пастернацкого справа; при УЗИ шейка матки укорочена до 24 мм, внутренний

зев закрыт, тело матки увеличено до 29 нед, возбудима, слизистые выделения. Клинический анализ крови: лейкоциты — 15×10^9 /л, гемоглобин — 112 г/л, эритроциты — $3,45 \times 10^{12}$ /л; общий анализ мочи: удельный вес — 1025, белок — 1 г/л, лейкоциты — 52–62, эритроциты — отсутствуют, определяются бактерии в большом количестве.

Поставьте предварительный диагноз. Дополнительные методы диагностики? Лечение?

Клиническая ситуация

В санпропускнике родильного дома находится беременная 28 лет. Жалобы на слабость, головную боль, боли в поясничной области справа, повышение температуры тела, озноб. До настоящего времени беременность протекала без осложнений. Считала себя здоровой. Объективно: рост 160 см, вес 58 кг. Кожа чистая, бледная, горячая. Температура 38°C , пульс 92 удара в 1 минуту, АД 120/80, 120/85 мм ртутного столба. Справа в поясничной области при поколачивании определяется болезненность. Мочеиспускание безболезненное. Анализ мочи: моча соломенно-жёлтого цвета, мутная, удельный вес 1017, белок 0,066 г/л, лейкоциты сплошь в поле зрения. Живот мягкий, матка в нормальном тонусе, соответствует сроку 27 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение ясное, ритмичное, 130 ударов в 1 минуту.

3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Во время каждого дородового визита плановое исследование мочи на сахар практикуется для каждой беременной во многих мировых клиниках. Это связано с тем, что бессимптомные формы диабета являются причиной прерывания беременности. Частота диабета у беременных составляет около 10%. Сахарный диабет у беременных обычно классифицируют либо как гестационный, либо как прегестационный диабет. Сахарный диабет при беременности впервые появляется после 28 недель беременности и означает преходящее нарушение всасывания глюкозы при беременности [1, с. 724; 2, тр. 572].

Классификация сахарного диабета

Клинические формы сахарного диабета:

- Инсулинозависимый сахарный диабет (СД I типа);
- Инсулиннезависимый сахарный диабет (СД II типа);
- Другие формы диабета (вторичный диабет, связанный с другими эндокринными заболеваниями и др;
- Сахарный диабет при беременности.

Степени сахарного диабета:

- Легкая степень (1-я степень);
- Средняя степень (2-я степень);
- Тяжелая степень (3 степень).

Зависимость от компенсации:

- Компенсированный сахарный диабет;
- Субкомпенсированный сахарный диабет;
- Декомпенсированный сахарный диабет.

Типы диабета во время беременности

• **Потенциальный диабет.** Потенциальный диабет вероятен у пациентов с нормальным тестом на толерантность к глюкозе, но у кого есть в семье случаи сахарного диабета или рождение ребенка с избыточным весом при предыдущих родах.

• **Скрытый сахарный диабет.** У женщины нормальная толерантность к глюкозе вне беременности. Но в стрессовых ситуациях есть нарушение к толерантности к глюкозе, которое становится нормальным при снижении напряжения.

• **Субклинический диабет.** Имеется стойкое повышение уровня глюкозы, положительный тест на толерантность независимо от стресса. Симптомы сахарного диабета не проявляются.

• **Преддиабетическое состояние.** Особенности – в анамнезе предыдущие роды новорожденным с избыточным весом (более 4 кг), необъяснимая перинатальная смерть с гипертрофией поджелудочной железы на вскрытие и диабет в семье.

• **Явный или клинический диабет.** Это пациенты с положительным тестом на толерантность к глюкозе с клиническими проявлениями или без них и повышенным уровнем глюкозы в крови натощак. Состояние может быть ранее существовавшим или выявляется преимущественно во время настоящей беременности [1, с. 725; 2, с. 573].

Диагноз можно предположить, если:

1) уровень сахара в крови натощак превышает 110 мг;

2) пиковый уровень превышает 180 мг%;

3) 2-х часовое значение превышает 140 мг% в тесте на толерантность к глюкозе.

Влияние диабета на беременность.

Очень много осложнений во время беременности, родов, и в послеродовом периоде из-за сахарного диабета. Материнские осложнения являются: аборт, недоношенность, повышенная частота ЭПГ-комплекса, чаще в тяжелых формах (тяжелая преэклампсия, эклампсия).

Многоводие является одним из наиболее частых осложнений, которое связано с врожденными аномалиями плода (частота 25-50%). Отслойка плаценты, плацентарная недостаточность встречаются не так уж редко.

Осложнениями во время родов являются: аномалии родовой деятельности, дистракция родов из-за крупного плода, дистоция плечиков, травмы промежности, кровоизлияния в 3-м периоде родов и в ранний послеродовой период. В позднем послеродовом периоде чаще возникает эндометрит. Осложнения для плода также очень серьезны. Это: макросомия, диабетическая фетопатия, врожденные пороки развития, родовые травмы. Может возникнуть послеродовая асфиксия, синдром дыхательных расстройств, перинатальные инфекции, поэтому уровень перинатальной смертности очень высок.

Влияние беременности на диабет

Беременность является метаболическим стресс - тестом для диабета, приводящим к обострению сахарного диабета во время беременности. В первом триместре после 10-й недели беременности, толерантность к глюкозе повышается за счет действия ХГЧ, поэтому потребность в инсулине снижается. Дозы инсулина надо уменьшить. В 24-28 недель беременности уровень глюкозы повышается толерантность снижается из-за антагонизма к инсулину, что приводит к развитию гипергликемии, глюкозурии, поэтому дозу инсулина приходится увеличивать.

Инсулиновый антагонизм, вероятно, обусловлен комбинированным действием человеческого плацентарного лактогена, эстрогена, прогестерона, свободного кортизола и деградации инсулина плацентой. Во время 3-го триместра потребность в инсулине снижается, вероятно, за счет действия поджелудочной железы плода. Потребность в инсулине значительно снижается

в послеродовом периоде. Сосудистые изменения, особенно ретинит, обостряются во время беременности.

Сахарный диабет у беременных считается компенсированным при уровне глюкозы от 4,4 ммоль/л до 6,6 ммоль/л. Из-за этих осложнений беременность и роды могут быть противопоказаны следующим группам пациентов с сахарным диабетом:

- больные с прогрессирующими сосудистыми изменениями;
- инсулинорезистентные формы сахарного диабета;
- сахарный диабет у обоих партнеров;
- сочетание сахарного диабета с активным туберкулезом легких;
- кетоацидоз;
- антенатальная и интранатальная смертность в анамнезе;
- некоторые другие состояния.

Ведение беременности при сахарном диабете

Каждая беременная с сахарным диабетом должна быть госпитализирована в срок до 12 недель беременности, чтобы убедиться в отсутствии противопоказания к беременности и родам. Цели госпитализации являются: определение срока гестации, коррекция дозы инсулина, чтобы оценить противопоказания к пролонгированию беременности.

Следующая профилактическая госпитализация должна быть в срок 20-24 недели. Помимо тех анализов, которые были предприняты в течение первой госпитализации, необходимо провести следующее обследование: состояние плодово-плацентарного комплекса, диагностика врожденных аномалий развития плода, если таковые имеются, свидетельствующие о начале акушерского осложнения, такие как ЭПГ-комплекс, и требует их лечение.

Провести третью профилактическую госпитализацию в сроке 30-34 недели беременности для подготовки пациентки к родоразрешению. Оптимальный срок родоразрешения для больных сахарным диабетом составляет с 36-37 недель, так как после этого срока плацентарная недостаточность более прогрессирует и может привести к антенальной гибели плода. До этого срока роды опасны из-за незрелости плода. Этим пациенткам более благоприятно рожать естественным путем. Кесарево сечение показано в следующих случаях: сосудистые изменения во время беременности, нейроретинопатия, кетоацидоз во время беременности или родов, острая почечная недостаточность, крупный плод, тяжелая форма ЭПГ-комплекса, кровотечение вследствие отслойки плаценты, предлежание плаценты и др. [1, с. 726; 2, с. 574].

Диабетическая фетопатия новорожденных

Масса тела ребенка в 36 недель беременности та же, что и у доношенного ребенка. Диспропорция в размерах головы и плеч (окружность плеч больше, чем у головы), что может привести к механическим травмам ребенка. Из-за хронической гипоксии внутричерепные кровоизлияния могут возникать во

время родов. Несмотря на большую массу, эти дети обычно имеют выраженные признаки недоношенности — мягкие кости, увеличенные роднички, синдром дыхательной недостаточности типичен для них [12,с.116]. Так что прогноз неблагоприятный для новорожденного.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Осложнения гестации при сахарном диабете:
 - А. самопроизвольный аборт;
 - В. многоводие;
 - С. макросомия плода;
 - Д. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
 - Е. дородовый разрыв околоплодных оболочек.
2. При сахарном диабете абсолютное противопоказание к беременности:
 - А. суточная протеинурия более 3 г/л;
 - В. артериальная гипертензия;
 - С. прогрессирующая ретинопатия;
 - Д. креатинин крови менее 120 ммоль/л;
 - Е. макросомия плода.
3. Осложнения гестации при сахарном диабете:
 - А. преэклампсия;
 - В. маловодие;
 - С. задержка роста плода;
 - Д. антенатальная гибель плода;
 - Е. дородовый разрыв околоплодных оболочек.
4. Не рекомендована беременность при сахарном диабете:
 - А. возраст менее 18 лет;
 - В. сахарный диабет у обоих супругов;
 - С. хронический пиелонефрит;
 - Д. железодефицитная анемия лёгкой степени;
 - Е. возраст старше 35 лет.
5. Возможные клинические проявления гестационного сахарного диабета при беременности:
 - А. полиурия;
 - В. жажда;
 - С. кожный зуд;
 - Д. повышение аппетита;
 - Е. верно В, С.

6. Не рекомендована беременность при сахарном диабете:
- А. возраст старше 38 лет;
 - В. резус-сенсibilизация у женщины;
 - С. диабетический кетоацидоз в ранние сроки беременности;
 - Д. железодефицитная анемия лёгкой степени;
 - Е. верно В, С.
7. Появление преэклампсии у беременных с сахарным диабетом происходит:
- А. с 20-22 недель беременности;
 - В. с 28-30 недель беременности;
 - С. с 24-26 недель беременности;
 - Д. с 35-38 недель беременности;
 - Е. с 32-34 недель беременности.
8. В какие сроки беременности необходима вторая госпитализация беременной с сахарным диабетом:
- А. в 15-16 недель;
 - В. в 20-21 неделю;
 - С. в 24-25 недель;
 - Д. в 32-34 недель;
 - Е. в 28-29 недель.
9. Особенности течения преэклампсии у беременных с сахарным диабетом:
- А. раннее начало (с 20-22 недель);
 - В. умеренная гипертензия;
 - С. выраженная артериальная гипертензия;
 - Д. быстрое нарастание отёков;
 - Е. верно А, В, С.
10. Оптимальный срок для родоразрешения при сахарном диабете:
- А. 34-35 недель;
 - В. 36-37 недель;
 - С. 38-39 недель;
 - Д. 40-41 неделя;
 - Е. 39-40 недель.

Клиническая ситуация

Первобеременная 28 лет обратилась в поликлинику с задержкой менструации. В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. Менструальная функция не нарушена. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 12 недель назад. Беременность 1-ая. Анамнез: Наследственность не отягощена. Из детских

инфекций отмечает корь, скарлатину. Частые острые респираторные заболевания, хронический тонзиллит.

Данные осмотра: Рост - 170 см, вес - 74 кг. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Правильного телосложения, умеренного питания. АД - 110/80 мм рт.ст. Ps - 75 уд/мин. Язык влажный, обложен беловатым налетом у корня. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Матка при пальпации безболезненная, увеличена до 10 недель беременности, придатки не определяются. Выделения из половых путей слизистые, умеренные. Диагноз? Тактика врача поликлиники?

Клиническая ситуация

Беременная 25 лет. Жалобы на жажду, одышку, отеки ног, частое мочеиспускание. В анамнезе корь, ангина, грипп. Находится на учете у эндокринолога в течение 4 лет по поводу ИЗСД. Только диетотерапия оказалась неэффективной. Ежедневно вводит инсулин. Беременность первая, срок 35 недель. Объективно: рост 165 см, вес 92 кг. Отеки ног, передней брюшной стенки. Размеры таза нормальные. АД 120/80, 115/70 мм ртутного столба. Высота стояния дна матки 44 см, окружность живота 106 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 минуту.

4. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

4.1 ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению частоты сердечно-сосудистых заболеваний у беременных. Это объясняется улучшением диагностики, лечения больных с пороками сердца, прогрессом кардиохирургии, совершенствованием методов ведения беременности и родов при пороках сердца. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность – это не простое сочетание двух состояний женского организма [1, с.760; 2 с.586].

Беременность и роды создают дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему женщины. Здоровая беременная легко переносит новое бремя, но у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями часто возникают нарушения кровообращения и другие осложнения.

Среди родов в стационаре частота сердечно-сосудистых заболеваний составляет менее 1%. Наиболее распространенное заболевание сердца имеет ревматическое происхождение, за которым следуют врожденные пороки [1, с.760; 11, с.7].

Влияние беременности на сердца заболевания

Во время беременности отмечается усиление кровоснабжения увеличивающейся матки с нарушением маточно-плацентарного кровообращения. Повышается активность всех систем. Чтобы заполнить дополнительные внутрисосудистые пространства, во время беременности объем крови заметно увеличивается. Подъем поступательный и непоследовательный. Все составляющие крови увеличиваются в объеме во время беременности.

Увеличение объема плазмы начинается с 10-й недели, после чего быстро увеличивается до максимума на 35-40% по сравнению с небеременным уровнем на 32-34 неделе. Общий объем плазмы увеличивается до 1,3 литра. Количество эритроцитов увеличивается во время беременности. Скорость увеличения почти параллельна таковой в плазме, но максимум достигается в пределах 20%. Общая масса гемоглобина увеличивается во время беременности на 18-25%, поэтому непропорциональное увеличение объема плазмы и клеток крови вызывает состояние гемодилюции во время беременности. Увеличение объема циркулирующей крови, гемодилюция являются дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему при беременности.

Объем циркулирующей крови остается практически постоянным до срока. Во время родов или вскоре после них наблюдается небольшое снижение из-за обезвоживания и кровопотери во время родов. Объем крови почти возвращается к нормальному небеременному уровню ко второй неделе послеродового периода.

Нормальное сердце имеет достаточный резерв мощности, чтобы хорошо справляться с дополнительной нагрузкой. В то время как поврежденное сердце

с хорошим резервом может выдержать даже нагрузку, но если резерв плохой, рано или поздно наступает сердечная недостаточность. Сердечная недостаточность возникает во время беременности между 30-32 неделями, но в основном во время родов или вскоре после родов. Дополнительными факторами, ответственными за определение сердечной функции поврежденного сердца, являются: преклонный возраст, предшествующая сердечная недостаточность, сердечные аритмии или гипертрофия левого желудочка, осложнения беременности, такие как анемия, ЭПГ-комплекс, инфекция.

Влияние заболеваний сердца на беременность

При беременности женщин с тяжелыми пороками сердца частота гибели плода составляет 38%. Тяжелая гипоксия матери приводит к абортam, преждевременным родам, внутриутробной гипоксии, задержке внутриутробного развития. Чрезмерная анемия, ЭПГ-комплекс, кровоизлияния могут возникать во время беременности у женщин с заболеваниями сердца. Риск материнской смертности значителен и зависит от конкретного поражения сердца. У пациенток с легочной гипертензией, синдромом Эйзенменгера, коарктацией аорты с поражением клапанов или синдромом Марфана с поражением аорты смертность при беременности составляет 25-50%. При других состояниях, таких как небольшие дефекты перегородки, открытый артериальный проток и корригированная тетрада Фалло, материнская смертность составляет менее 1%.

Ведение беременности при заболеваниях сердца

Каждая пациентка с сердечно-сосудистыми заболеваниями должна быть госпитализирована трижды во время беременности, даже если она чувствует себя хорошо.

1-я госпитализация в сроке до 12 недель гестации (после того как была диагностирована беременность) [11, с.40].

Госпитализация должна быть в стационар кардиологического типа. Целью данной госпитализации является обследование состояния женщины и определение противопоказаний к беременности, если таковые имеются.

Основными задачами обследования беременных при первой госпитализации являются:

- установление акушерского диагноза;
- определение формы и стадии развития порока сердца;
- установление степени сердечной недостаточности, состояния миокарда, активности ревматического процесса;
- выявление очагов хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, отит и др.).

Из-за высокого риска материнской смертности беременность и роды противопоказаны при следующих заболеваниях сердца:

- Наличие сердечной недостаточности вне зависимости от формы порока сердца уже на малых сроках беременности;

- Активный ревмокардит, рецидивирующий ревмокардит, бактериальный ревмокардит;
- Митральный стеноз III-IV стадии (по классификации А. Бакулева);
- Сочетание митрального стеноза и аортальной недостаточности;
- Трикуспидальная недостаточность;
- Все врожденные пороки с цианотическим синдромом (все пороки Фалло, транспозиция магистральных сосудов, общий артериальный ствол);
- Синдром Эйзенменгера, синдром Марфана;
- Сочетание врожденных и приобретенных пороков;
- Рестеноз после оперативного лечения;
- Наличие митральной недостаточности с нарушением кровообращения, регургитацией крови;
- Некоторые другие.

У больных с рецидивирующим миокардитом ведение беременности будет зависеть от результатов противоревматической терапии. При неэффективности лечения показано искусственное прерывание беременности. Заболевания аорты при беременности длительное время остаются компенсированными. При отсутствии сердечной недостаточности беременность может быть пролонгирована; при декомпенсированных заболеваниях прерывание беременности следует проводить в ранние сроки гестации.

В связи с увеличением числа женщин, перенесших ранее операции на сердце, необходимо решить вопрос о допустимости беременности и родов для них. Таким образом, беременность после митральной комиссуротомии может быть разрешена не ранее чем через 7 месяцев и не позднее чем через 1,5 года после операции.

Беременность допускается при отличных и хороших результатах после операции при отсутствии оперированных пороков сердца. При второстепенных результатах комиссуротомии беременность и роды противопоказаны. Беременность и роды противопоказаны больным после операции по замене аортального и митрального клапанов. При необходимости искусственное прерывание беременности следует проводить одномоментной операцией (выскабливания полости матки, вакуум-аспирации).

2-я госпитализация должна быть в сроке 26-32 нед. гестации в период максимальной гемодинамической нагрузки на сердце. На этом сроке происходят значительные гемодинамические изменения, поэтому целью госпитализации является профилактика декомпенсации сердечно-сосудистой системы. Должно быть обеспечено наблюдение за больной, обследование, профилактика и лечение осложнений у плода и матери, если таковые имеются [11, с.45].

Медикаментозное лечение в стационаре при повторной госпитализации включает:

- Ограничение физических нагрузок (постельный режим) в течение 2-3 недель;
- Седативная терапия (препараты валерианы, пустырника);
- Диета с ограничением соли до 1-3 г/сутки и жидкости до 1000 мл/сутки.

У беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта отекает, всасывание затруднено; поэтому рекомендуется принимать пищу, богатую витаминами, калием, небольшими порциями, 5-6 раз в день.

Основными препаратами для лечения являются сердечные гликозиды, которые увеличивают сердечный выброс и диурез, уменьшают застой крови в легких и печени, уменьшают отеки. Сердечные гликозиды изменяют транспорт калия и натрия через мембрану миофибрилл и способствуют мышечным сокращениям.

Сердечные гликозиды улучшают кровоснабжение органов и тканей, восстанавливают обменные процессы.

Показателем эффективности лечения сердечными гликозидами является снижение частоты пульса (при наличии тахикардии), устранение других признаков декомпенсации: одышки, отеков. Сердечные гликозиды этим больным должен назначать кардиолог с индивидуальным подбором препарата и дозы.

Наибольший эффект дают строфантин, затем коргликон, дигоксин, дигитоксин. Для достижения хорошего лечебного эффекта следует вводить 0,5 мг строфантина или 1,8 мг коргликона в сутки; или дигитоксин в дозе 2 таблетки 4 раза, или дигоксин (изоланид) 2 таблетки 4 раза в день перорально. Передозировка сердечных гликозидов сопровождается интоксикацией (тошнота, рвота, диарея, нарушение зрения: окраска поля зрения в зеленый или желтый цвет). Интоксикация быстро купируется введением унитиола: по 5 мг внутримышечно 3-4 раза в сутки. С этой же целью рекомендуются β -адреноблокаторы, такие как анаприлин, обзидан в малых дозах. При отсутствии этих препаратов можно ввести 2 мл 2% раствора цитрата натрия.

Также назначают мочегонную терапию. При I стадии недостаточности кровообращения диуретики не назначают. В таких случаях можно назначить эуфиллин, который улучшает почечный кровоток и косвенно приводит к умеренному увеличению диуреза. Следует помнить об особенностях индивидуальной переносимости препарата при беременности; кроме того, есть сведения, что аминофиллин каким-то образом «отбирает» миокард. При II стадии недостаточности кровообращения эффективны тиазидные диуретики и нетиазидные сульфаниламиды (бринальдикс) в сочетании с калийсберегающими диуретиками (верошпирон).

При IIБ стадии недостаточности кровообращения назначают более мощные диуретики: фуросемид, урегит в сочетании с калийсберегающими диуретиками. При III стадии недостаточности кровообращения лечение аналогично выше изложенному. Курсы лечения диуретиками могут длиться 3-5

дней, в более легких случаях - нерегулярны. Лечение рекомендуется начинать с малых доз, постепенно увеличивая их, достигая 2-3 литров суточной экскреции с мочой.

Наряду с диуретиками и сердечными гликозидами применяют препараты камфоры и кофеина. Метаболическую терапию назначают для улучшения функции сердечной мышцы. Лечение длительное, не менее месяца: панангин по 1-3 таблетки 3 раза в день, оротат калия (витамин В13) по 0,25 г 3-4 раза в день, фолиевая кислота по 0,001 г 3 раза в день, инозин 0,4 г 3 раз в день. Оксигенотерапия (кислородная пена, ингаляции влажного кислорода, гипербарическая оксигенация).

Противоревматическое лечение: а) антибиотики — этиотропное лечение (пенициллин и его аналоги угнетают жизнеспособность гемолитического стрептококка), б) противовоспалительная терапия (глюкокортикоиды, салицилаты, пиразолон, производные индола).

3-я госпитализация должна быть в сроке 36-37 нед гестации для обследования пациентки перед родами и выбора акушерской тактики.

Ведение родов

Выбор акушерского ведения родов у беременных с пороками сердца определяется не только формой заболевания, но и наличием и степенью недостаточности кровообращения, т. е. функциональным состоянием сердца.

Родоразрешение через естественные родовые пути является наиболее предпочтительным видом родов, разумеется, при отсутствии акушерских показаний к операции кесарева сечения. Частота материнской заболеваемости и смертности у таких пациенток при вагинальных родах ниже, чем при кесаревом сечении.

Роженицу следует уложить на бок. Следует контролировать пульс и частоту дыхания матери. Увеличение пульса более 100 уд/мин или частоты дыхания более 24/мин является признаком возможной сердечной декомпенсации. Акушерская тактика направлена на укорочение второго периода (изгнания) родов: до 2 часов у первородящих и до 1 часа у повторнородящих. С этой целью производят динамическую оценку сократительной деятельности матки при родах, проводят профилактику и лечение аномалий родовой деятельности [11, с.46].

С целью обезболивания большинству пациентов подходит адекватная анальгезия, лучше непрерывная эпидуральная анестезия. Важно избегать гипотензии. Пациентке и ее плоду показан постоянный гемодинамический мониторинг. Лечение до полного раскрытия шейки матки включает промедол, кислород, дигитализация. Основную опасность в плане развития декомпенсации сердечной деятельности в родах представляет второй период родов из-за наибольшей физической нагрузки, которую испытывает в этот период организм женщины. Поэтому основным вопросом, который предстоит решить акушеру-гинекологу и кардиологу при выборе акушерской тактики, является вопрос о необходимости его укорочения. Выбор акушерской тактики

во втором периоде родов должен ориентироваться на степень риска неблагоприятного исхода беременности у пациенток с пороками сердца.

I степень риска: беременность при пороке сердца без выраженных признаков недостаточности и без обострения ревматического процесса. Женщины этой группы риска не нуждаются в устранении изгоняющих болей.

Во время родов могут возникнуть следующие неотложные показания к наложению щипцов:

- ☐ ухудшение состояния во втором периоде родов;
- ☐ гипоксия плода;
- ☐ кровотечения.

II степень риска - беременность при пороках сердца с начальными признаками сердечной недостаточности (одышка, тахикардия), наличием признаков активной фазы ревматизма (AI стадия по Нестерову). Родоразрешение осуществляется через родовые пути с максимальным обезболиванием в присутствии кардиолога; устранение изгоняющих болей совершенно показано во втором периоде родов.

III степень риска: беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, при наличии активной фазы ревматизма (AII), недавно перенесенной фибрилляции, легочной гипертензии II стадии.

IV степень риска – беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковая недостаточность или тотальная недостаточность, наличие активной фазы ревматизма (AIII), длительно существующая фибрилляция, легочная гипертензия III стадии.

Беременность и роды женщинам III и IV степени риска противопоказаны.

Кесарево сечение у больных с декомпенсированными пороками сердца представляет повышенный риск для матери, поэтому общепринятых, четко обоснованных показаний к этой операции нет. У пациенток с тяжелой декомпенсацией кесарево сечение является «операцией отчаяния», которую проводят при отсутствии необходимых условий для родоразрешения через родовые пути.

Показаниями к операции кесарева сечения у беременных с пороками сердца являются следующие:

- ☐ недостаточность кровообращения IIБ III степени, сохраняющаяся до рождения независимо от течения заболевания, вызывающего декомпенсацию;
- ☐ септический эндокардит;
- ☐ острая сердечная недостаточность, наблюдавшаяся во время беременности или развившаяся в родах;
- ☐ выраженная легочная гипертензия в сочетании с IIБ-III степенью недостаточности кровообращения.

Ведение послеродового периода

Пациент должен находиться под пристальным наблюдением в течение первых 24 часов. Аутоотрансфузия, которая происходит после рождения плаценты, может привести к сердечной недостаточности у женщины с

незначительной компенсацией. Полный постельный режим, внутримышечные инъекции промедола сразу после родов; следует вводить кислород постоянно или с перерывами. Активное ведение третьего периода родов.

В последующие дни больные с заболеваниями сердца нуждаются в тщательном врачебном наблюдении. Независимо от вида родоразрешения выделяют два критических периода у таких пациенток после родов: с первых часов до 3-5 дней; 7-8-й день после родов (опасность обострения ревматического процесса). В связи с этим больным с пороками сердца назначают постельный режим с 1-го по 7-8-й день после родов; следует проводить профилактику обострения ревматического процесса. Пациентки могут быть выписаны из родильного дома через 2 недели после рождения.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Этиологические факторы формирования приобретённых пороков сердца:
 - А. инфекционный эндокардит;
 - В. сифилис;
 - С. системная красная волчанка;
 - Д. склеродермия;
 - Е. верно А, С, D.

2. При наличии высокого риска венозных тромбоэмболических осложнений и противопоказаний к назначению низкомолекулярных гепаринов в гинекологии применяется:
 - А. Механическая профилактика (компрессионный трикотаж);
 - В. Низкомолекулярные гепарины;
 - С. Антогонисты витамина К;
 - Д. Аспирин;
 - Е. Витамин К.

3. Диагностические критерии, подтверждающие активность ревматического процесса:
 - А. повышение СОЭ более 30 мм/ч;
 - В. понижение в крови серомукоида;
 - С. понижение в крови С - реактивного белка;
 - Д. повышение титров циркулирующих антител к экзоферментам стрептококка;
 - Е. верно А, D.

4. При митральном стенозе беременность осложняется:
 - А. нормохромной анемией;
 - В. преэклампсией;
 - С. плацентарной недостаточностью;
 - Д. маловодием;
 - Е. верно А, В, С.

5. При митральном стенозе клинические проявления во время беременности:
 - А. акроцианоз;
 - В. ортопноэ;
 - С. в проекции верхушки при аускультации – «кошачье мурлыканье»;

- D. отёки нижних конечностей;
- E. верно А, В, С.

6. Метод родоразрешения у беременных с пролапсом митрального клапана:

- A. операцией кесарева сечения;
- B. консервативно;
- C. консервативно с исключением потужного периода шипцов;
- D. консервативно с укорочением потужного периода с вакуум – экстракцией плода;
- E. Консервативно под эпидуральной анестезией.

7. Показания для митральной комиссуротомии во время беременности:

- A. усиление одышки;
- B. увеличение печени;
- C. появление кровохарканья;
- D. приступы острой левожелудочковой недостаточности с развитием отёка лёгких;
- E. верно А, В, С.

8. Показаниями к операции кесарева сечения у беременных с пороками сердца являются следующие:

- A. септический эндокардит;
- B. стеноз митрального клапана;
- C. пролапс митрального клапана;
- D. увеличение левого желудочка;
- E. левожелудочковая недостаточность.

9. Лучшим периодом для операции на сердце считают срок:

- A. 14-16 нед.
- B. 16-28 нед.
- C. 26-28 нед.
- D. 30-32 нед.
- E. 38-39 нед.

10. Метод родоразрешения у беременных со стенозом митрального клапана:

- A. операцией кесарева сечения;
- B. консервативно;
- C. консервативно с исключением потужного периода шипцов;
- D. консервативно с укорочением потужного периода с вакуум – экстракцией плода;
- E. Консервативно под эпидуральной анестезией.

Клиническая ситуация

Беременная Н. 29 лет. В течение 10 лет наблюдается у кардиолога по поводу комбинированного митрального порока сердца, с преобладанием недостаточности митрального клапана. СН - 0. В анамнезе одни срочные роды 6 лет назад, самопроизвольные. Ребенок здоров. Состоит на Д учете по данной беременности, адекватной терапии не получала (живет в маленьком поселке). В течение 7 дней находится в отделении патологии беременности. Срок беременности 37 нед+5 дней. В течение 4 часов появились регулярные складки. Плодный пузырь цел. Одышки, сердцебиения, цианоза – нет.

Беременная среднего роста, хорошего питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеки на ногах. Пульс 85 в минуту, АД 110\80 мм рт ст. ВДМ соответствует сроку беременности. Положение плода продольное. Предлежит головка – малым сегментом во входе в малый таз. С\б плода ясное, ритмичное, 145 в минуту. При влагалищном исследовании – шейка матки сглажена, открытие 6 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть головка, нижний полюс на 2 п\п. Вставление правильное. Экзостозов в малом тазу нет. Диагноз? Дальнейший план ведения?

4.2 ХРОНИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Артериальная гипертензия является одним из наиболее часто встречающихся во время беременности. По данным ВОЗ, идиопатическая гипертензия наблюдается у 3-5 % беременных [1, с.740; 2, с.602].

Частота материнской и перинатальной заболеваемости и смертности женщины с гипертонической болезнью составляют 20-30 и 10-12 %. У большинства беременных идиопатическая гипертензия существует до беременности, но впервые может проявляться только во время беременности.

Хроническая АГ — это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 нед; это ГБ, или вторичная (симптоматическая) гипертензия. В период беременности у пациенток с хронической АГ адекватно оценить степень АГ не удастся, так как в I и во II триместрах обычно отмечается физиологическое снижение уровня АД [1, с.740; 2, с.602].

Выделяют АГ:

- первичную;
- симптоматическую.

Классификация этого заболевания А. Л. Мясникова используется в клинической практике. Эта классификация подразделяет течение болезни по клинической картине на три стадии, каждая из которых состоящая из двух фаз.

I А стадия — латентная, предгипертоническая. Только у пациентов наблюдается тенденция к повышению артериального давления, повышенное возможна лабильность артериального давления.

I Б стадия — транзиторная. Повышение артериального давления является изменчивы и кратковременны.

II А стадия — нестабильная, характеризуется лабильностью постоянно повышенное давление.

II Б стадия — устойчивая. Артериальное давление стабильно высокое. Однако функциональных изменений в органах нет.

III А стадия — компенсированная. Артериальное кровяное давление является стабильно повышен. Дистрофические и фиброзно-склеротические изменения органы и ткани выражены.

III Б стадия — декомпенсированная. У больных стабильно высокое кровяное давление сопровождается серьезными нарушениями функций внутренних органы.

Классификация степени повышения уровня артериального давления:

- Нормальное АД: ДАД меньше 90 мм рт. ст. и САД меньше 140 мм рт. ст.;
- Умеренная АГ: ДАД 90-109 мм рт. ст. и/ или САД 140-159 мм рт. ст.;
- Тяжелое АГ: ДАД больше или равно 110 мм рт. ст. и/ или САД больше или равно 160 мм рт. ст.;
- АД измеряют двукратно на одной и той же руке с перерывом (не менее 4 ч).

Влияние артериальной гипертензии на беременность

Артериальная гипертензия в первую очередь влияет на состояние фетоплацентарного комплекса. Резкие и быстрые изменения артериального давления неблагоприятно сказываются не только на состоянии матери, но и на состоянии внутриутробного плода. Он проявляется тем, увеличением частоты преждевременного прерывания беременности (раннее и поздние самопроизвольные аборты — в 3 %, преждевременные роды — в 12 % беременных женщин). Гипоксия и задержка внутриутробного развития плода в связи с хронической недостаточностью кровоснабжения, как правило, развиваются фетоплацентарная система. При выраженных нарушениях может привести к внутриутробной гибели плода.

Маточно-плацентарные нарушения кровообращения, повышенное внутрисосудистое давление и повышенная хрупкость сосудистой стенки вследствие нарушения ее кровоснабжения при гипертонической болезни причина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, кровотечения и гибель плода, нередко с развитием ДИК крови. У 20-36 % беременных с идиопатической артериальной гипертензией, развиваются тяжелые формы эклампсии, тяжело поддающиеся лечению, а также протекающие с явлениями ДВС-синдрома крови.

Типичными осложнениями в родах являются кровотечения, связанные с отслойкой плаценты, аномалии родовых схваток вследствие недостаточности кровоснабжения, асфиксия и даже гибель плода, гипертонические кризы, гипотонические кровотечения.

Влияние беременности на артериальную гипертензию

В 1 триместре беременности у беременной может быть незначительное снижение артериального давления, но затем стабильное развивается повышение артериального давления. Обострение течения идиопатической гипертензии также проявляется в ускорении гипертонических кризов. В анализе мочи выявляют протеинурию, олигурию. в результате стойкого генерализованного спазма микрососудов. То чрезмерная физическая нагрузка в родах, стрессовая ситуация, связанная при родах на фоне обострения идиопатического течения АГ являются причиной развития энцефалопатия, отслойка сетчатки, нарушение мозгового кровообращения (апоплексический удар) и др.

Диагностика

Физикальное исследование. Проводят определение пульса на обеих руках и ногах, измерение АД на обеих руках и ногах (в норме АД на ногах должно быть на 20–40 мм рт.ст. выше, чем на руках). При аускультации сердца и сосудов делают акцент на состояние аортального клапана, сонных и феморальных артерий. Обращают внимание на частый или редкий пульс. Проводят пальпацию почек.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови;
- анализы мочи: общий и по Нечипоренко;

- определение уровня глюкозы в плазме крови (натощак), содержания в сыворотке крови калия, мочевой кислоты, креатинина, общего холестерина;
- определение уровней калия, фосфора, мочевой кислоты;
- определение уровня креатинина сыворотки или азота моче;
- определение соотношения калия и натрия.

Инструментальные исследования:

- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- исследование глазного дна;
- амбулаторное суточное мониторирование АД;
- УЗИ почек и надпочечников;
- рентгенография грудной клетки.

Показания к консультации других специалистов:

- Консультация терапевта, окулиста (обязательно);
- Консультация эндокринолога, уролога, нефролога.

Диагностика ХАГ может представлять определенные трудности, особенно в тех случаях, когда признаки заболевания имеются преимущественно во время беременности. Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии с преэклампсией, с гестационной артериальной гипертензией.

Ведение беременности при артериальной гипертензии

Пациентки с АГ при беременности обращаются к группе высокого риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

С целью профилактики каждой беременной с ХАГ должна быть госпитализирована три раза в течение беременности, даже если обострение ее состояния отсутствует.

Первая госпитализация в сроке до 12 недель (сразу после установления диагноза беременности). То женщину следует госпитализировать в терапевтический стационар с целью осмотра ее общего состояния, определения возможности доношенной беременности и определение противопоказаний к вынашиванию беременности и к родам

Основные задачи обследования беременных при первой госпитализации являются:

- ☐ установление акушерского диагноза;
- ☐ определение стадии АГ;
- ☐ выявление очагов хронической инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, отит и др.).

При обнаружении I стадии заболевания беременность может быть сохранена, II и III стадии служат показанием для прерывания беременности.

Вторая госпитализация должна быть в сроке 26-32 недели беременности, т.е. в период максимального гемодинамического нагрузки на сердце.

В этот срок возникают выраженные гемодинамические расстройства; поэтому госпитализация предусмотрена с целью профилактики декомпенсации сердечно-сосудистой системы. Экспертиза состояние матери и плода, лечение и профилактика внутриутробная гипоксия плода и вероятные осложнения.

Третья госпитализация в 38–39 нед госпитализация для подготовки женщин к родоразрешению.

Выбор стационара для родоразрешения пациенток с АГ:

- при неосложненной АГ и отсутствии осложнений беременности — в учреждения II–III уровня;

- при наличии любых осложнений — в учреждения III уровня.

Сроки родоразрешения определяют индивидуально:

- нет оснований для досрочного (до 37 нед гестации) родоразрешения;
- при сроке >37 нед и АД <160/110 мм рт.ст. родоразрешение проводят с учетом состояния плода, матери и ее пожеланий.

Основным методом лечения идиопатической гипертензии является применение гипотензивных препаратов.

По степени эффективности первое место занимают, принимающие метилдопу (допегит), которую назначают в дозе 25 мг 2–4 раза в сутки. Антагонисты кальция (верапамил, фенотин) также вводят в дозе 40 мг 3 раза в сутки. Изоптин ретард назначают по 120 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки.

Антигипертензивные ЛС быстрого действия:

- нет убедительных доказательств преимуществ какого-либо ЛС для снижения АД при тяжелой АГ при беременности;

- выбор ЛС должен быть основан на опыте применения в конкретном учреждении;
- наиболее часто в мире применяют гидралазин и лабеталол (формы для парентерального введения);
- нифедипин, возможная схема применения: начальная доза 10 мг (сублингвально), повторно через 30 мин троекратно (максимальная суточная доза — 60 мг). При неэффективности необходимо сменить препарат.

В последнее время применяют блокаторы β -адренорецепторов лечения АГ. Они снижают сердечный выброс и частоту сердечных сокращений, секретию ренина, что снижает артериальное давление крови. Пропранолол (обзидан, анаприлин) вводят в дозе по 40 мг 2 раза в сутки, после чего дозу увеличивают до оптимальной, затем снижают, а в течение длительного времени поддерживают поддерживающую дозу назначают по 60 мг 2 раза в сутки. Однако при наличии угрожающего аборта эти препараты могут повлиять на матку сократимостью, поэтому в таких ситуациях их применение должно быть ограниченным.

Препараты салуретического действия (гидрохлоротиазид, клопамид) применяют короткими курсами (1–2 раза в течение 7–10 дней). Одновременно препараты калия и диета богатая калием. Седативная терапия включает триоксазин (по 0,3 г 3 раза в день), элениум (клозепин) по 0,005 г 2–3 раза в день.

Симптоматическая терапия, оксигенация, профилактика ДВС-синдрома, при лечении гипоксии плода также полезны метаболические преобразователи.

Ведение родов

Роды у женщин с ХАГ проводится через родовые пути (*per vias naturales*). Тщательный контроль артериального давления необходим при любых родах при АГ. При необходимости контролируемая гипотензия (нормотензия). Кесарево сечение проводится акушерским путем показания (отслойка плаценты, асфиксия плода), а также при состоянии, угрожающие жизни матери (нарушения мозгового кровообращения, отслойка сетчатки).

4.3 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Общепринято говорить об артериальной гипотензии при снижении артериального давления до 100/60 мм рт.ст. Артериальная гипотензия может быть основным проявлением заболевания или один из признаков другого заболевания. Поэтому первично и выделяется симптоматическая гипотензия. Первичная артериальная гипотензия – сосудистый невроз, нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу. Выделяют компенсированную и субкомпенсированную стадии первичной артериальной гипотензии. К компенсированной артериальной гипотензии относятся случаи, проявляющиеся только за счет снижения артериального давления [1, с.755].

К субкомпенсированной стадии относятся случаи, проявляющиеся различными субъективными и объективными симптомами, кроме уменьшения кровяное давление.

Пациенты с декомпенсированной артериальной гипотензией жалуются на головную боль, головокружение, общую астению, слабое сердцебиение, потливость, нарушение сна, снижение работоспособности, памяти нарушение. Отмечается озноб рук и ног. Часто гипотонические кризы, обмороки.

Характерным объективным признаком является акроцианоз. В связи с плохим общим самочувствием, часто развиваются раздражительность, эмоциональная лабильность, апатия, депрессивные состояния. Гипотензивные кризы протекают по типу коллаптоидных состояний, артериальное давление снижается до 80/50 мм рт. Плохие головные боли, возможны тошнота, рвота, резкая слабость. Астеническое телосложение характерно для женщин с артериальной гипотонией. Анемия, варикозная болезнь часто является сопутствующим заболеванием в таких случаях [1, с.756].

Влияние артериальной гипотензии на течение беременности

Преэклампсия является одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин с артериальной гипотензией. Распространенность преэклампсии у беременных с артериальной гипотонией составляет около 25%. Но диагностика очень затруднена, так как на фоне артериальной гипотензия абсолютный уровень артериального давления в случаях с преэклампсией не столь значительна — 130/90 мм рт. сопровождаются типичной симптоматикой. К тому же превышает исходного уровня артериального давления на 30 мм рт. ст. и более, а считается проявлением преэклампсии. Чаще, чем у здоровых

беременных, рано возникает преэклампсия, протекающая тяжело, особенно у больных с вегетоастеническим синдромом. Выкидыши и преждевременные роды наблюдаются у больных с артериальной гипотензией в 3-5 раз чаще, чем в группе здоровых женщин.

Нарушения со стороны маточно-плацентарной кровообращения, связанное с артериальной гипотензией, патология вен сопровождаются развитием внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода, развитие синдром задержки развития плода. Скорость перинатальной смертности и рождение детей с гипотрофией у таких больных составляет 2 раз выше, чем у лиц с нормальным артериальным давлением.

Роды у беременных с артериальной гипотонией осложняются аномалиями родовой деятельности, преждевременным разрывом амниотических оболочек, асфиксией и гипоксией плода, нарушением сократительной деятельности матки в 3-м периоде родов и в раннем послеродовом периоде. Особую опасность в таких случаях представляет атоническое кровотечение, а также кровотечения, связанные со снижением свертываемости крови. У родильницы при артериальной гипотензии признаки шока развиваются быстрее; декомпенсация возникает чаще и быстрее и поддается лечению трудно.

Влияние беременности на течение артериальной гипотензии

Влияние беременности на течение артериальной гипотензии чаще отмечается снижение систолического и диастолического давления. У большинства больных ухудшение течения артериальной гипотензии наблюдается с первого триместра беременности, частота вегетативно-сосудистых нарушений увеличивается в поздние сроки вынашивания.

Ведение беременности и родов при артериальной гипотензии

Артериальная гипотензия, даже декомпенсированная, не является противопоказанием для вынашивания беременности и родов. Все женщины с артериальной гипотензией следует регулярно обследовать в акушерско-гинекологических учреждениях. Три профилактические госпитализации (при неосложненном течении беременности и артериальной гипотензии) рекомендуется: в срок до 12 недель, в 22-26 недель беременности и 37-38 недель, т.е. за две недели до родов. В профилактической госпитализации общеукрепляющая, седативная, метаболическая терапия, а также лечение, направленное на улучшение маточно-плацентарного кровообращения и профилактика задержки внутриутробного развития.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Вторая госпитализация беременной с АГ при каком сроке беременности:
 - А. 20-22 недели;
 - В. 23-25 недель;
 - С. 26-32 недели;
 - Д. 33-34 недели;
 - Е. 34-36 недель.
2. Препаратом выбора при умеренной АГ является:
 - А. лабеталол;
 - В. нифедипин;
 - С. верапамил;
 - Д. капотен;
 - Е. метилдопа.
3. При АГ осложнения гестации:
 - А. плацентарная недостаточность;
 - В. ЗВУР;
 - С. сочетанная преэклампсия;
 - Д. угрожающее состояние плода;
 - Е. верно А, В, С.
4. По классификации ВОЗ для II стадии артериальной гипертензии характерно повышение АД:
 - А. 120/80 – 129/89 мм рт.ст.;
 - В. 130/80 – 139/99 мм рт. ст.;
 - С. 140/90 – 159/109 мм рт. ст.;
 - Д. 160/100 – 179/109 мм рт. ст.;
 - Е. 180/110 и выше мм рт. ст..
5. Сколько раз за время беременности необходимо госпитализировать женщину с артериальной гипертензией в стационар:
 - А. 1 раз;
 - В. 2 раза;
 - С. 3 раза;
 - Д. 4 раза;

Е. 5 раз.

6. Для лечения артериальной гипертензии 1-2 степени у беременных препаратом 1 линии является:

- А. лабеталол;
- В. нифедипин;
- С. верапамил;
- Д. метилдопа;
- Е. каптоприл.

7. Препаратом быстрого действия для лечения артериальной гипертензии:

- А. лабеталол;
- В. нифедипин;
- С. верапамил;
- Д. метилдопа;
- Е. каптоприл.

8. Классификация артериальной гипотензии:

- А. Нейроциркуляторная;
- В. Симптоматическая;
- С. Гестационная;
- Д. Компенсированная;
- Е. Правильные А,В.

9. Основное осложнение беременности при артериальной гипотензии:

- А. невынашивание беременности;
- В. гестационная гипертензия;
- С. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Д. угрожающее состояние плода;
- Е. отек легкого.

10. Лечение артериальной гипотензии у беременных:

- А. Биогенные стимуляторы;
- В. Кофеин;
- С. Верапамил;
- Д. Нифедипин;
- Е. Метилдопа.

Клиническая ситуация

Повторнобеременная 32 года поступила в отделение патологии беременных. Настоящая беременность пятая. Первая беременность закончилась нормальными срочными родами, три последующие – искусственным абортом.

Повышение АД после 1-х родов до 155\85 мм рт ст. Систематически не лечилась. Находилась на стационарном лечении по поводу гипертонического криза (АД повысилось до 170\110 мм рт ст). До беременности АД колебалось в пределах 130\80 – 160\100 мм рт ст. Постоянно принимает антигипертензивные препараты. При первой явке в поликлинику (в 7нед) – АД 160\80 – 180\100 мм рт ст., направлена в гинекологическое отделение.

При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 180\110 мм рт ст. При влагалищном исследовании: шейка цилиндрической формы, не эрозирована. Выделения светлые, слизистые. Влагалищная часть шейки матки сохранена, длиной до 2,5 см. Наружный зев закрыт. Матка мягкая, увеличена до 9 недель беременности. Придатки отдельно не определяются. Своды глубокие. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Диагноз? Тактика ведения?

5. ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

У 50 % женщин туберкулез протекает бессимптомно, у остальных основными проявлениями заболевания являются субфебрилитет, кашель, потливость и небольшая прибавка в весе. Другие формы туберкулеза, такие как менингит, поражение почек, костей, встречаются у беременных крайне редко. Генитальный туберкулез сопровождается женским бесплодием. Заболеваемость туберкулезом при беременности зависит от распространенности заболевания в данной популяции и регионе [2, с. 606].

Влияние туберкулеза на беременность

Обычно туберкулез не оказывает заметного влияния на течение беременности. Однако при субкомпенсированной и компенсированной формах отмечается осложненное течение беременности. Так, первое место по частоте занимают выкидыши и преждевременные роды. В основном они наблюдаются при тяжелых формах туберкулеза, сопровождающихся выраженной интоксикацией. Причиной преждевременных родов является специфическая инфекция, интоксикация, гипоксия. Постоянное напряжение при сильном кашле, общая слабость организма также способствуют возникновению преждевременных родов.

Ранний токсикоз и преэклампсия у беременных с туберкулезом наблюдаются значительно чаще, чем у здоровых беременных, и среди них высока частота преэклампсии тяжелой степени и эклампсии. Переход туберкулезных палочек от матери к плоду через плаценту наблюдается редко. Однако вследствие интоксикации организма матери, нарушений маточно-плацентарного кровотока нередко наблюдаются внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода.

Диагностика

Анамнез

Выделяют следующие группы риска:

- ☐ беременные, перенесенные туберкулез, менее 1 года после окончания лечения;
- ☐ беременные моложе 20 лет и старше 35 лет с туберкулезом любой локализации;
- ☐ пациентки с распространенным туберкулезным процессом независимо от его фазы;
- ☐ пациентки, контактные туберкулезным больным;
- ☐ беременные с определенным виражом, гиперэргической или нарастающей туберкулиновой чувствительностью (по пробе Манту с 2 ТЕ);
- ☐ беременные, с сопутствующими заболеваниями: СД, ХОБЛ, заболевания мочевыделительной системы, пищеварительной системы; употребляющие алкоголь, сигареты и наркотические вещества, ведущие аморальный образ жизни.

Физикальное исследование:

- осмотр формы грудной клетки;
- пальпация грудной клетки;
- сравнительная и топографическая перкуссия;
- аускультация легких.

Лабораторные исследования:

- ОАК(увеличенная СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, иногда лимфопения, моноцитоз);
- ОАМ (протеинурия, цилиндрурия и др.).

Инструментальные исследования

Однократная рентгенография органов грудной клетки, учитывая риск и пользу, не несет никакого риска ни для беременной, ни для плода, если ее выполняют с учетом всех норм радиационной безопасности и защиты плода — обязательное экранирование живота просвинцованной резиной (фартук или щит, apron or shield). Рентгентехник должен хорошо диафрагмировать пучок лучей на ограниченный участок грудной клетки. Показаны рентгенограммы на больших пленках либо современная низкодозная цифровая рентгенография с использованием компьютеров.

Бактериологическое исследование

Выделение возбудителя инфекции из мокроты, мочи и др.

Влияние беременности на туберкулез

Беременность вызывает обострение процесса, чаще всего при гематогенно-диссеминированном, инфильтративном и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких. Обострение процесса чаще наблюдается в первые месяцы беременности и сразу после родов.

При туберкулезном процессе в фазе легочной консолидации обострение во время беременности обычно не наблюдается. В конце беременности и в послеродовом периоде прогрессирующий туберкулез легких возможен у женщин, которые много работали, хронически переутомлялись во время беременности и плохо питались. Сочетание этих факторов со снижением иммунитета вызывает обострение туберкулезного процесса.

Плановую госпитализацию при туберкулезе осуществляют 3 раза. В первые 12 нед. беременности, 30–36 нед. и 36–40 нед. лечение выполняют в стационаре, в остальные месяцы беременности — в туберкулезном диспансере.

Ведение беременности при туберкулезном процессе

До недавнего времени туберкулез был одним из наиболее частых показаний к прерыванию беременности. Однако своевременное выявление и систематическое лечение (в противотуберкулезном диспансере и стационаре) позволяет сохранить беременность у женщин, больных туберкулезом.

Осложнение беременности:

- угроза прерывания беременности;
- ранний токсикоз;
- анемия беременных;
- ФПН;
- угроза преждевременных родов;
- несвоевременное излитие околоплодных вод.

Показания к прерыванию беременности следующие:

- ✓ общедеструктивный процесс в легких, плохо поддающийся лечению;
- ✓ активная форма туберкулеза позвоночника и таза, особенно с образованием абсцесса или свища, при туберкулезе тазобедренного, коленного, голеностопного суставов;
- ✓ двусторонний туберкулез почек;
- ✓ активные формы туберкулеза, когда лечение, предпринятое до беременности или во время нее, оказалось неэффективным и срок гестации менее 28 недель;
- ✓ обострение процесса при предыдущей беременности;
- ✓ двухлетний период после перенесенного милиарного туберкулеза или менингита;
- ✓ сопутствующие заболевания почек, сахарный диабет, сердечно-легочная недостаточность.

Аборт следует производить в ранние сроки (до 12 недель) в виде одномоментной операции (выскабливание полости матки или вакуум-аспирация). Окончательно вопрос об аборте решает фтизиатр (фтизиатр), поэтому при установлении диагноза беременности у женщины с любой формой туберкулеза необходимо госпитализировать ее в стационарное фтизиатрическое отделение. В поздних сроках беременность прерывают в угрожающих жизни случаях.

Обследование во время беременности для выявления туберкулеза необходимо в группах риска. К ним относят беременных, больных туберкулезом в семье или в анамнезе, имеющих такие клинические признаки, как слабость, потливость, субфебрильная температура, кашель. Этим женщинам проводят пробу Манту с оценкой кожной реакции через 48 и 72 часа. Положительный результат не означает наличие активного патологического процесса; это указывает на необходимость дальнейшего обследования (посев мокроты на микобактерии туберкулеза и рентгенографию органов грудной клетки).

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки у беременных проводят с тщательным экранированием области живота (плод при этом подвергается минимальному облучению). Диагноз устанавливают на основании выявления микобактерий туберкулеза в мокроте.

При сохранении беременности следует проводить комплексное стационарное лечение в течение первых трех месяцев беременности, последующие месяцы лечение проводить в туберкулезный диспансер. Предпочтение отдается изониазиду и этамбутолу. При очень тяжелых формах или при наличии резистентности к указанным препаратам допустимо применение рифампицина, однако в I триместре беременности лечение этим препаратом нежелательно. Все лица, контактировавшие с женщиной-носителем микобактерий туберкулеза, подлежат обязательному обследованию и наблюдению в противотуберкулезном диспансере. В сроке 36-38 недель беременности показан повторный курс стационарного лечения для подготовки к родам.

Ведение родов

Способы родоразрешения у женщин, больных туберкулезом, выбирают по акушерским показаниям и критериям; роды ведутся в специализированных отделениях или отдельных палатах. В родах применяется выжидательная тактика с использованием дыхательной гимнастики; должна быть проведена физиологическая и психологическая подготовка. Проводится профилактика и лечение возникающих акушерских осложнений.

Если женщина получала противотуберкулезную терапию в конце беременности или к моменту родов, необходимо гистологическое исследование плаценты. Грудное вскармливание можно разрешить женщинам, у которых не выявлены микобактерии туберкулеза; в противном случае новорожденных изолируют и вскармливают искусственно. Заражение плода возможно при вдыхании инфицированных околоплодных вод или содержимого родовых путей во время родов. Заражение детей встречается крайне редко, а новорожденные, как правило, практически здоровы. Их следует прививать против бациллы Кальметта-Герена (БЦЖ) в течение первых 6 недель жизни[12,с.117].

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Клинические проявления при туберкулезе маточных труб:
 - A. обильная менструация;
 - B. скудная менструация;
 - C. боли внизу живота, первичное бесплодие;
 - D. вторичное бесплодие;
 - E. гнойные выделения из влагалища.

2. Отделы малого таза у женщины, чаще всего поражающиеся при туберкулезе:
 - A. маточные трубы;
 - B. яичники;
 - C. матка;
 - D. наружные половые органы;
 - E. влагалище.

3. Обострение генитально туберкулеза чаще всего происходит:
 - A. в 6-7 лет;
 - B. при начале половой жизни;
 - C. в период становления менструальной функции;
 - D. в 25-30 лет;
 - E. после 45 лет.

4. Ультразвуковая терапия при туберкулезе половых органов оказывает:
 - A. тепловое действие;
 - B. усиление лимфо- и кровообращения;
 - C. очаговую реакцию;
 - D. повышает концентрацию химиопрепаратов в очаге поражения;
 - E. правильны C,D.

8. Туберкулез женской половой сферы:
 - A. может проявляться аменореей;
 - B. может проявляться гипоменореей;
 - C. может быть причиной бесплодия;
 - D. в 30-40% случаях носит первичный характер;
 - E. правильны A,B,C.

9. Клинические проявления туберкулеза тела матки:
 - A. сочетание с туберкулезом придатков;
 - B. увеличение тела матки;
 - C. нарушение менструации;
 - D. гнойные выделения;

Е. верно А,С.

10.Туберкулез половых органов позволяет заподозрить;

- А. длительные непрерывно рецидивирующие процессы;
- В. воспаление у девушек, не живущих половой жизнью;
- С. отсутствие указаний на туберкулез и контакт с туберкулезными больными;
- Д. позднее менархе и нарушение менструального цикла;
- Е. любые нарушения менструального цикла.

Клиническая ситуация

1. Первобеременная М., 35 лет, поступила в стационар с преждевременным излитием околоплодных вод, со схватками каждые 7 мин. Беременность первая, 38 нед, предстоящие роды первые. Из анамнеза: с детства состоит на учете у кардиолога, перенесла острые респираторные вирусные инфекции, ветрянную оспу. Во время беременности произведены три плановые госпитализации в многопрофильный стационар. Беременная отмечает улучшение состояния основного заболевания во время беременности. Каковы диагноз и тактика ведения данной беременной?

2.В приемный покой многопрофильного стационара поступила беременная сроком 27 нед с умеренными болями в области поясницы в течение 2 дней. Температура тела — 38,4 °С, АД — 130/90 мм рт.ст. В анамнезе хронический пиелонефрит. Каковы диагноз и тактика ведения данной беременной?

6. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Бронхиальная астма является наиболее частым заболеванием легких у беременных. В большинстве случаев бронхиальная астма является аллергическим заболеванием. Различают внутреннюю (инфекционно-аллергическую) и атопическую (неинфекционно-аллергическую) формы бронхиальной астмы. Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма развивается на фоне перенесенных ранее инфекционных заболеваний дыхательных путей (пневмония, ринофарингит, бронхит, ангина, тонзиллит); антиген представляет собой микроорганизм [2, с.610; 11, с.202].

Аллергеном атопической формы бронхиальной астмы могут быть различные органические и неорганические факторы: пыльца, уличная или домашняя пыль, перья, шерсть и перхоть животных и человека, пищевые аллергены, лекарственные вещества (антибиотики, особенно пенициллин, витамин В6, ацетилсалициловая кислота, производное пиразолона и др.), промышленные химические вещества (чаще формалин, пестициды, неорганические соли тяжелых металлов и др.). В возникновении атопической бронхиальной астмы имеет значение наследственная предрасположенность [2, с.610; 11, с.202].

Влияние бронхиальной астмы на беременность

Беременные с бронхиальной астмой чаще имеют ранние токсикозы и преэклампсию по сравнению со здоровыми беременными. У недоношенных и маловесных детей возможна, хотя и редко, антенатальная гибель плода у больных бронхиальной астмой. Редкие случаи антенатальной и неонатальной гибели плода связаны с исключительно тяжелым течением бронхиальной астмы и неадекватным лечением при астматических состояниях, так как тяжелые приступы гипоксии, перенесенные женщиной, приводят к критической гипоксемии плода.

Влияние беременности на течение бронхиальной астмы

У 20 % беременных, страдающих бронхиальной астмой, во время беременности сохраняется ремиссия или наступает улучшение. Более чем у 70% женщин беременность заканчивается ухудшением течения бронхиальной астмы, при этом преобладают среднетяжелые и тяжелые формы заболевания с ежедневными повторными приступами удушья, периодическими астматическими состояниями, неустойчивым эффектом медикаментозного лечения.

Приступы одышки у одних женщин развиваются в начале беременности, у других — во второй ее половине. Бронхиальная астма в первую очередь может возникнуть во время беременности. Возникновение бронхиальной астмы у беременных обусловлено измененной реактивностью организма, в частности, чувствительностью к эндогенным простагландинам, вызывающим бронхоспазм у женщин, страдающих бронхиальной астмой. Астма, возникшая во время

беременности, может исчезнуть после родов, но может и остаться хроническим заболеванием.

Ведение беременности и родов у больных бронхиальной астмой

В настоящее время отсутствуют критерии, позволяющие прогнозировать состояние больной бронхиальной астмой во время беременности, что очень затрудняет решение вопроса о возможности сохранения беременности. Приступы бронхиальной астмы в родах редки, особенно при профилактическом назначении в этот период бронхолитиков (аминофиллин, эфедрин) или глюкокортикоидных препаратов (преднизолон, гидрокортизон).

Бронхиальная астма не противопоказана беременным. Только при повторяющихся астматических приступах и явлениях сердечно-легочной недостаточности может быть показан искусственный аборт или преждевременные роды.

Беременные, страдающие бронхиальной астмой, должны находиться под общим наблюдением акушера-гинеколога и терапевта-пульмонолога. Лечение проводится амбулаторно; при неэффективности показана госпитализация.

Независимо от формы бронхиальной астмы различают 3 стадии ее развития:

- 1) предастматическая;
- 2) приступы удушья, которые могут быть легкой, средней и тяжелой формы;
- 3) приступ астмы.

Лечение бронхиальной астмы заключается в купировании приступов удушья. В легких случаях достаточно применения ингаляций или таблеток бронхолитических препаратов. Агонисты адренорецепторов: изадрин (новодрин, вуспирин) для ингаляций или в таблетках по 0,005 г под язык; или алупент (метапротеренол) в дозе 0,02 г под язык или 1-2 ингаляции. Алупент в таблетках действует в течение 1-2 часов и может применяться регулярно для профилактики приступов. Смесь эуфиллина (3 г), сиропа алтея (40 мл), спирта этилового 12 % (360 мл) применяют по 1 столовой ложке на один прием.

Можно использовать таблетки теофедрина или антастмана, солутан в каплях, но эти препараты содержат фенобарбитал и белладонну, которые противопоказаны беременным, поэтому их систематическое применение с целью профилактики приступов не допускается.

При легких приступах удушья назначают горячее питье, горчичники или чашки. Если перечисленные средства не помогают, можно подкожно ввести 1 мл 5 % раствора эфедрина или 1 мл 0,05 % раствора алупента. Адреналин и атропин противопоказаны беременным, их лучше избегать. При более тяжелых приступах асфиксии внутривенно вводят 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина с 40 % раствором глюкозы; или 10-15 мл эуфиллина с 1 мл эфедрина в 200-300 мл 5 % раствора глюкозы вводят медленно, по каплям.

При сердечной недостаточности следует добавить строфантин или коргликон. Одновременно следует дать пациенту кислород. Если приступ был

вызван инфекцией, следует назначить антибиотики, предпочтительно ампициллин в дозе 0,5 г 4 раза внутрь.

Лечение астматического состояния следует проводить только в стационаре (стационаре). Комбинацию 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина и 10 мл 5 % раствора глюкозы вводят внутривенно капельно; при необходимости можно добавить коргликон или строфантин. Для предотвращения обезвоживания и разжижения мокроты необходимо большое количество жидкости, поэтому количество глюкозы и 0,9% хлорида натрия следует увеличить до 2 л.

При недостаточном эффекте можно ввести 30 мг преднизолона внутримышечно или внутривенно, повторяя введение каждые 3 часа до купирования астматического состояния, с постепенным увеличением интервалов между введениями. Капельное введение можно повторить через 8-12 часов. В промежутке следует ввести 10 мл плазмы или 50 мл 20 % раствора альбумина. При метаболическом ацидозе вводят 200 мл 4 % раствора натрия гидрокарбоната. Кордиамин подкожно вводят 2-4 мл для стимуляции дыхательного центра.

Следует обеспечить постоянную оксигенацию через носовой катетер, периодически — в смеси с закисью азота. При отсутствии эффекта от лечения в течение 1–1,5 ч и улучшении состояния, сохранении аускультативной картины «немного легкого» анестезиолог начинает искусственную вентиляцию легких с активным разжижением и отсасыванием мокроты. Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен, тавегил) показаны только при легких формах атонической бронхиальной астмы.

При инфекционной форме болезни они противопоказаны, так как уплотняют секрет бронхиальных желез. Повторное введение 100 мл сухой плазмы или 50 мл 20 % раствора альбумина способствует связыванию всех медиаторов аллергической реакции. Интал можно применять после 3-го месяца беременности при атонической форме заболевания; при тяжелых формах заболевания и при астматических состояниях Интал не показан.

Лечение антибиотиками или сульфаниламидами необходимо больным инфекционной формой бронхиальной астмы при обострениях воспалительный процесс в легких и бронхах и при простудных заболеваниях. Возможен регулярный прием малых доз эуфиллина, изадрина, алупента. В качестве отхаркивающих средств необходимо использовать терпингидрат, алтей, гидрокарбонат натрия, ингаляции трипсина, гомотрипсина. В качестве седативных средств могут применяться валериана, элениум, седуксен, диазепам.

Большое значение имеет диета, исключая продукты с высоким аллергенным действием (цитрусы, яйца, орехи) и неспецифические алиментарные раздражители (перец, горчица, острые и соленые блюда). В ряде случаев приходится менять работу, если есть профессиональные вредности, в которых играют роль аллергены (химикаты, антибиотики и др.).

Роды у беременных с бронхиальной астмой проводятся через родовые пути в соответствии с индивидуальной акушерской ситуацией.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Классификация бронхиальной астмы.
2. Влияние бронхиальной астмы на беременность.
3. Влияние беременности на течение бронхиальной астмы.
4. Ведение беременности при бронхиальной астме.
5. Ведение родов при бронхиальной астме.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Вы доктор ФАП. Под Вашим наблюдением находится пациентка Е., 26 лет, беременность 12 недель. В течение восьми лет страдает бронхиальной астмой. Приступы возникают 1- 2 раза в неделю при вдыхании сильных запахов, при контакте с домашними животными. 2- 3 раза в месяц просыпается от ночного удушья. Обострения заболевания отмечаются в осенне- весенний период во время цветения растений. Из анамнеза: бабушка по линии отца страдала бронхиальной астмой. Диеты не придерживается, любит шоколад. Во время приступов больная пользуется сальбутамолом. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Грудная клетка обычной формы, при аускультации дыхание жесткое, при пробе с форсированным выдохом выслушиваются единичные сухие хрипы по передней поверхности грудной клетки. ЧДД – 18 в мин. ЧСС – 74 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Задания:

1. Определите нарушенные потребности
2. Сформулируйте проблемы пациентки
3. Определите тактику

Через некоторое время при вдыхании запаха дезраствора состояние пациентки ухудшилось. Объективно: общее состояние средней тяжести. Положение - вынужденное (сидит, опершись руками о край кровати). Кожные покровы цианотичные. В дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Температура тела 36,6°C. Грудная клетка бочкообразной формы, симметрична, обе половины равномерно участвуют в дыхании, ЧДД=26 в мин. Выраженная экспираторная одышка. Дистанционные свистящие хрипы. Дыхание жёсткое, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=96 уд. в мин. АД=125/80 мм. рт. ст. Пульс 96 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный.

Задания

1. Определите неотложное состояние
2. Какие возможны осложнения во время беременности и в родах?

7. ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Острые респираторные заболевания и грипп являются распространенными инфекционными заболеваниями, встречающимися в акушерской практике. Во время эпидемий гриппа заболевает 40 % населения; летальный исход от гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ) составляет 0,6% населения.

Грипп – острое вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. Основными серологическими типами вируса гриппа являются А, В и С. Вирусы проникают через верхние дыхательные пути, поражают цилиндрический эпителий дыхательных путей. Повышается проницаемость сосудистой стенки, что приводит к нарушению микроциркуляции и геморрагическим осложнениям (точечная кожная сыпь на слизистых рта, глаз, кровохарканье, носовые кровотечения, геморрагическая пневмония). Грипп снижает иммунологическую резистентность, являясь причиной обострения хронических инфекций в организме [2, с.614; 11, с.173].

Инкубационный период составляет 12-24 часа. Начало заболевания острое: температура тела повышается до 38-40°, лихорадка, головная боль, слабость, мышечные боли (в пояснице, руках, ногах, груди), боль в глазах, астения. Могут возникнуть головокружение и рвота. Очень быстро возникают такие признаки, как першение в горле, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание, насморк. Они сопровождаются явлениями трахеобронхита, пневмонии, которые могут быть непосредственной причиной смерти. Кроме того, грипп может вызвать такие осложнения, как миокардит, отит, синусит.

Диагноз гриппа основывается на выявлении вируса в секрете носоглотки или на данных о четырехкратном повышении титра специфических антител в сыворотке крови, взятой двукратно: впервые 6 дней болезни и на 10-14-й день.

Дифференциальный диагноз проводят с острым респираторным заболеванием другой этиологии.

Влияние гриппа на течение беременности

У женщин, перенесших грипп и другие острые респираторные заболевания во время беременности, часто наблюдаются самопроизвольные аборты (ранние и поздние), преждевременные роды, врожденные аномалии развития плода. Грипп является причиной фетопатий и эмбриопатий (в зависимости от срока гестации, на котором произошел грипп). Увеличивается частота перинатальной смертности вследствие перенесенного гриппа или ОРЗ.

Роды в остром периоде болезни, чаще преждевременные, оказывают неблагоприятное воздействие на плод и новорожденного. Дети рождаются с низкой массой тела, признаками физического и функционального недоразвития, частыми приступами вторичной асфиксии; у них диагностирована внутриутробная пневмония. Плод, зараженный вирусом гриппа, нередко погибает в родах сразу после начала родовых схваток.

Особенно опасным осложнением является возникновение послеродовых септических заболеваний, частота которых резко возрастает на фоне угнетения иммунных и защитных свойств вследствие перенесенной вирусной инфекции. В послеродовом периоде часто развиваются пиелонефрит, цистит, мастит.

Влияние беременности на течение гриппа и острой респираторной инфекции

В последние месяцы беременности женщины менее устойчивы к инфекциям из-за особенностей гормональных и иммунологических изменений, характерных для гестационного процесса, в связи с чем они особенно подвержены простудным и вирусным заболеваниям. У беременных чаще развиваются тяжелые и осложненные формы гриппа.

Под влиянием вирусной инфекции происходят существенные изменения в иммунной системе организма, проявляющиеся обострением хронического, латентного течения инфекции. Инфекционно-токсическое действие вируса гриппа способствует возникновению гиповитаминоза, гиперацидоза, что может привести к нарушению течения гестационного процесса. Особую опасность представляет такое осложнение, как пневмония, которая может быть причиной смерти беременных, рожениц, родильниц.

Ведение беременности и родов при острой респираторной инфекции и гриппе

Грипп и ОРЗ не являются абсолютным противопоказанием для продолжения беременности. Однако при возникновении этих заболеваний в ранние сроки гестации (до 12 недель) женщине обычно рекомендуется прервать беременность ввиду высокого риска развития врожденных аномалий плода, а также необходимости применения противовоспалительных и противовирусных средств. препараты, которые могут быть противопоказаны в ранний период гестации.

Если беременность все же сохраняется, такие женщины требуют особого подхода к ведению беременности и родам. Лечение беременной, заболевшей гриппом, осуществляется на дому. Рекомендовано обильное щелочное питье, жаропонижающие и обезболивающие средства (индометацин, ацетилсалициловая кислота, анальгин), витамины С, А, В, Е. Назначают отхаркивающие, сосудосуживающие средства для улучшения дыхания через нос (фармазолин, галазолин), горячие и холодные ингаляции эфирных масел (шалфея, эвкалипта, фенхеля). К отхаркивающим средствам относятся: смесь термопсиса, корня алтея.

При осложненном течении гриппа, т. е. развитии трахеита, бронхита, показана госпитализация в стационар и назначение антибактериальной, инфузионной, симптоматической терапии. Больным в стационаре вводят γ-глобулин (3-5 мл внутримышечно), назальные ингаляции сухой противогриппозной сыворотки с сульфаниламидами и полусинтетическим пенициллином 3 раза в сутки, преднизолон по 30-50 мг внутримышечно в

сутки. При развитии тяжелых осложнений решается вопрос об искусственном аборте по медицинским показаниям.

Родоразрешение таких женщин чаще осуществляется через родильные пути. В послеродовом периоде проводят профилактику септических послеродовых осложнений.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Во время эпидемии гриппа госпитализация показана:
 - А. Всем беременным с признаками гриппа;
 - В. Всем невакуцинированным беременным;
 - С. Всем беременным с выраженным синдромом интоксикации, при гипертермии от 38°C, при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний- при гипертермии от 37,5°C;
 - Д. Всем беременным с выраженным синдромом интоксикации, при гипертермии от 37°C, при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний;
 - Е. Беременным и женщинам в послеродовом периоде с признаками интоксикации и гипертермии 37,0°C.

2. Беременные с тяжелыми формами гриппа и при тяжелых пневмониях до 36 недель помещаются:
 - А. В отдельную палату терапевтического отделения;
 - В. В пульмонологическое отделение в общую палату;
 - С. В отдельную палату пульмонологического отделения;
 - Д. В отдельную палату инфекционной больницы;
 - Е. В отделение реанимации и интенсивной терапии или блоки интенсивной терапии.

3. Этиотропная терапия беременных при гриппе включает себя:
 - А. Антибактериальные препараты ;
 - В. Противовирусные препараты;
 - С. Иммуномодуляторы;
 - Д. Противокашлевые препараты;
 - Е. Адсорбенты.

4. Для каких внутриутробных инфекции характерны эмбриопатии:
 - А. Микотических;
 - В. Бактериальных;
 - С. Вирусных;
 - Д. Паразитарных;
 - Е. Простейших.

5. Осложнение беременности при первичном инфицировании генитальным герпесом:
 - А. самопроизвольный выкидыш;
 - В. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
 - С. антенатальная гибель плода;
 - Д. маловодие;

Е. многоводие.

6. Антибактериальные препараты противопоказанные вовремя беременности:

- А. Тетрациклины, фторхинолоны;
- В. Цефалоспорины III поколения;
- С. Цефалоспорины IV поколения, макролид;
- Д. Защищенный аминопенициллин;
- Е. Стрептомицин.

7. Срок гестации, возникновения инфекционных фетопатий:

- А. 6-11 недель;
- В. 12-17 недель;
- С. 18-27 недель;
- Д. 28-32 недели;
- Е. 33-38 недель.

8. Срок гестации, возникновения воспалительной реакции у плода в ответ на инфицирование:

- А. 8-12 недель;
- В. 12-15 недель;
- С. 16-27 недель;
- Д. 28-32 недели;
- Е. 33-36 недель.

9. Осложнения, возникающие при инфицировании вирусом краснухи:

- А. преждевременного прерывания беременности;
- В. аномалии развития плода;
- С. тяжелым поражениям материнского организма;
- Д. отслойка нормально расположенной плаценты;
- Е. угрожающее состояние плода.

10. Осложнение гестации при инфицировании вирусом ГРИППа в I триместре:

- А. аномалии развития плода;
- В. отслойка нормально расположенной плаценты;
- С. самопроизвольный выкидыш;
- Д. предлежание плаценты;
- Е. правильно А) и С).

8. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Выделяют несколько вариантов острого вирусного гепатита:

- ☐ вирусный гепатит А (ВГА);
- ☐ вирусный гепатит В (ВГВ);
- ☐ вирусный гепатит С (ВГС);
- ☐ вирусный гепатит Д (ВГД);
- ☐ вирусный гепатит Е (ВГЕ).

Лабораторные признаки заболевания: повышение уровня трансаминаз, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы. Выздоровление происходит через 4-6 недель. Желтуха проявляется желтушной окраской глаз, слизистой оболочки полости рта, кожи, обесцвечиванием кала, моча приобретает темный, насыщенный цвет [2, с.617; 11, с.276].

Влияние беременности на течение вирусного гепатита

Известно, что беременность в связи с особенностями гормональной и иммунологической перестройки, свойственной гестационному процессу, приводит к обострению экстрагенитальных заболеваний, особенно острых, таких как вирусный гепатит. Течение вирусного гепатита у беременных более тяжелое, чем у небеременных.

Вирусный гепатит во второй половине беременности протекает более тяжело, чем в первой. Во 2 и 3 триместре беременности отмечается повышенный риск заболеваемости и развития острой печеночной (печеночной) недостаточности с последующим развитием энцефалопатии и комы. Летальность беременных при гепатите составляет до 10 %, а у небеременных 1-4 %.

Противопоказание для беременности

Прерывание беременности в острой стадии вирусного гепатита опасна для матери из-за повышенного риска обострения гепатита и развития его хронической или затяжной формы. Таким образом, беременность может быть прервана на стадии выздоровления.

Вирусный гепатит А (ВГА) при беременности

Острый вирусный гепатит А наиболее изучен при беременности. Возбудителем болезни является вирус гепатита А, относящийся к типу энтеровирусов. Источником инфекции является человек, инфицированный ВГА. Инфекция распространяется по фекально-оральному типу. Больной заразен в конце инкубационного периода и в преджелтушной стадии. Продолжительность инкубационного периода составляет 7-50 дней и более часто — 15-30 дней. Преджелтушный (продромальный) период продолжается от 2 до 14 дней.

Желтушная стадия длится 5-20 дней и характеризуется основными клиническими признаками, такими как тошнота, рвота, жидкий стул, боли в правом подреберье и эпигастрии, слабость, головная боль, раздражительность, ревматические боли в теле. Печень и селезенка увеличиваются в размерах и становятся болезненными.

В целом вирусный гепатит А не оказывает резкого влияния на течение гестации. Одним из наиболее частых осложнений острого вирусного гепатита А во время беременности является аборт. Во II и III триместре беременности риск прерывания беременности значительно выше, чем в первом. Также возможно развитие преэклампсии тяжелой степени беременных, кровотечений.

Вирусный гепатит В (ВГВ) при беременности

Вирусный гепатит В при беременности протекает значительно тяжелее и представляет опасность для матери и ее плода. Вирусный гепатит В поражает клетки печени, передается от больного или вирусоносителя с кровью и другой биологической жидкостью (моча, слюна, молоко, сперма). Инкубационный период длительный — от 6 недель до 6 месяцев. Продромальный период 1-4 недели.

Преджелтушная стадия протекает от 5 до 30 дней и характеризуется диспепсией, аллергией в виде кожной сыпи, артралгией, выраженной интоксикацией.

Желтушный период протекает от 1 нед до 2-3 мес с обострением интоксикации, интенсивным зудом, спленомегалией, гепатомегалией. Наблюдается обесцвечивание экскрементов; моча приобретает темный, насыщенный цвет.

Клинические проявления: тошнота, рвота, снижение аппетита, боли в правом подреберье, гепатолиеномегалия, артралгии. Температура повышается редко, и незначительно.

При появлении желтухи нарастает интоксикация, появляются геморрагические признаки. Развиваются острая печеночная недостаточность, энцефалопатия, геморрагический диатез, нарушения синтеза альбумина и нарушения функции печени, тяжелая общая интоксикация. Часто возможны массивный некроз печени и смерть больного.

Выздоровление происходит медленно, почти всегда заканчивается развитием хронического гепатита. В стадии желтухи нарастание болезни приводит к преждевременным родам. Новорожденные в процессе родов обычно заражаются ВГВ, в последующем у 80 % детей развивается хронический гепатит.

Таким образом, в отличие от ВГА вирусный гепатит В представляет реальную опасность для жизни матери, плода и новорожденного. Острый ВГВ оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности. В свою очередь беременность и роды усугубляют течение и прогноз ВГБ. Усугубление симптомов во второй половине беременности может осложниться острой

печеночной недостаточностью с энцефалопатией и комой, с высокой летальностью.

При развитии заболевания в III триместре беременности часто развиваются преждевременные роды (у 47 %), аномалии родовых схваток (у 19 %), кровотечения — (у 12 %), гипотрофия плода (у 22 %). Нередки и преэклампсия тяжелой степени. Перинатальная смертность при острой ВГВ составляет 140%. Часто развиваются острая печеночная недостаточность и кома. Роды в острой стадии ВГВ ведутся через родовые пути по акушерской ситуации.

Вирусный гепатит С (ВГС) при беременности

Возбудителем заболевания является вирус гепатита С, представляющий собой одноцепочечный флавивирусоподобный РНК-агент диаметром 29-35 нм, очень изменчивый. Изменчивость вируса приводит к его быстрой мутации, поэтому выраженный иммунитет у больных ВГС практически отсутствует. Заражение происходит парентеральным, инфузионным и половым путем. Продолжительность инкубационного периода составляет 3-4 месяца.

Преджелтушный период длится от 2 до 14 дней и характеризуется постепенным усилением диспепсии и астеновегетативного синдрома. Желтушный период длится 14-21 день при умеренной интоксикации. Очень важно, что только у 5 % больных наблюдаются симптомы интоксикации и желтухи, а у остальных — бессимптомная (маскированная) форма ВГС.

Выздоровление протекает медленно, полное выздоровление наступает у 50% больных, при этом у 50-80% из них заболевание заканчивается развитием хронического гепатита (чаще в форме активного гепатита или цирроза). Иногда может возникать гепатоцеллюлярная карцинома.

Наиболее вероятными осложнениями беременности при ВГС являются:

- ☐ выкидыши;
- ☐ преждевременные роды (недоношенные дети), чаще всего в 28-30 и 34-35 недель беременности;
- ☐ врожденные аномалии развития плода при возникновении ВГС в I триместре беременности;
- ☐ ухудшение общего состояния матери во 2 и 3 триместре беременности.

Вирусный гепатит D (ВГД) при беременности

Возбудителем болезни является вирус гепатита D, состоящий из рибонуклеиновой кислоты (РНК), вирусов-спутников растений, имеющий диаметр 28-39 нм. Заражение происходит через кровь, плаценту; возможен и половой тип.

Выделяют два варианта клинического течения:

- ☐ коинфекция ВГД и ВГС у пациентов без ВГД в анамнезе;
- ☐ суперинфекция при установленном хроническом ВГВ.

При коинфекции инкубационный период составляет 3-8 недель. Клинические особенности преджелтушной стадии аналогичны таковым при

ВГД, но более выражены. Для этих больных характерно двухфазное клиническое течение; фазы характеризуются повышением пика активности трансаминаз, гипербилирубинемией и ухудшением общего состояния больного. Интервал между пиками составляет 15-32 дня. Отмечается нарастание интенсивности желтухи, общая интоксикация в желтушной стадии. Исход, как правило, благоприятный.

При суперинфекции развивается тяжелое течение ВГД, нередко фульминантные гепатиты за счет некротических процессов в печени и возникновения прогрессирующих острых гепатитов и циррозов. Инкубационный период от 6 недель до 6 месяцев. Клиническая картина такая же, как при ВГД, но более тяжелая.

Выздоровление происходит медленно, в течение нескольких месяцев. С другой стороны, возможно бессимптомное (маскированное) течение ВГБ, частота его встречаемости у небеременных женщин в 2 раза выше, чем у беременных.

Вирусный гепатит Е (ВГЕ) при беременности

Эта форма широко распространена в тропических странах, Латинской Америке и Азии. Возбудителем заболевания является вирус гепатита Е, состоящий из рибонуклеиновой кислоты (РНК) диаметром 32-34 нм. Его антигенная структура до настоящего времени не изучена.

Заражение происходит по фекально-оральному типу. Инкубационный период длится 1-9 дней, но может быть и 30-40 дней. Течение ВГЕ у беременных тяжелое; 20% больных умирают, если заболевание возникает во 2-й половине беременности, накануне родов или аборта. Преджелтушная стадия длится 1-9 дней (в среднем 3-4 дня).

Характеризуется усилением слабости (астении), вялости, тошноты, рвоты, болей в правом подреберье. Возможна гипертермия. Желтушная стадия продолжается 1-3 недели. Основными симптомами являются иктеричность кожи и слизистых, увеличение и болезненность печени, зуд и др. При тяжелых формах ВГЕ развивается ДВС-синдром, приводящий к внутрисосудистому гемолизу и острой почечно-печеночной недостаточности.

Диагностика вирусных гепатитов

Это включает в себя:

- ☐ анализ крови;
- ☐ анализ мочи;
- ☐ уробилин и желчные кислоты в моче;
- ☐ биохимический анализ крови:
- ☐ глюкоза в сыворотке крови (остаточный азот, холестерин, общий билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, активность трансаминаз, глутаминовой кислоты, альдолазы и щелочной фосфатазы);
- ☐ активность свертывания крови;
- ☐ сулемные и тимоловые пробы;
- ☐ серологические маркеры вирусного гепатита;

- УЗИ брюшной полости.

Ведение родов при вирусном гепатите

Следует принять во внимание следующее:

- роды в острой стадии ВГА не грозят роженице осложнениями, связанными с гепатитом, так что, если роды протекают без осложнений, никаких дополнительных мероприятий не требуется;
- при ВГВ, С, Д, Е значительно возрастает частота осложнений (аномалии родовых схваток (частота первичной и вторичной слабости родовых схваток составляет 19%), преждевременное и раннее излитие амниотических оболочек (у 30-34%), внутриутробная гипоксия плода (25%), кровотечения у 2-й и 3-й часты этапы родов за счет снижения свертываемости крови и гипо- и атонии матки (примерно на 14-15%));
- роды при острой ВГ следует проводить с оптимальным обезболиванием и седацией (широко применяют седуксен, промедол, баралгин, дроперидол, закись азота, эпидуральную анестезию).

Необходимо проводить профилактику и коррекцию сократительной способности матки. В дополнение к внутриматочной инфузии окситоцина в конце 2-го периода родов следует ввести 1 мл метилэргометрина в/в при отделении головки для профилактики кровотечений у матери. При наличии ДВС-синдрома вследствие острой ВГ замороженной плазмы следует вводить внутривенно дицинон, аминокaproновую кислоту.

Во время родов в острой стадии ВГ плод всегда находится в состоянии гипоксии, поэтому необходимо применять оксигенацию и медикаментозное лечение гипоксии плода [12,с.117]. При ведении родов при острой ВГ необходимо учитывать общее состояние плода; чаще всего преждевременные роды предпочтительнее для сохранения жизни плода, независимо от срока гестации.

ВГ не противопоказан для кесарева сечения в зависимости от акушерских показаний. В целом частота кесарева сечения у больных с ВГ составляет 2,5%.Срок родоразрешения следует сократить за счет перинеотомии (или эпизиотомии), наложения акушерских щипцов (по показаниям).

В послеродовом периоде у родильниц, перенесших острый вирусный гепатит, высок риск развития послеродовых септических заболеваний. Поэтому необходима профилактическая терапия. С момента появления желтухи у беременной, переболевшей ВГА, она перестает быть опасной для окружающей среды, а ее ребенок не опасен для других детей.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Для токсического гепатита при беременности характерны изменения лабораторных показателей:

- А. Лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия;
- В. Увеличение СОЭ, тромбоцитопении;
- С. Лимфоцитоз;
- Д. Тромбоцитоз;
- Е. Обнаружение австралийского антигена в крови.

2. Наиболее часто внутрипеченочный холестаз при беременности:

- А. в I триместре;
- В. во II-III триместре;
- С. в раннем послеродовом периоде;
- Д. в позднем послеродовом периоде;
- Е. в родах.

3. Беременная 28 лет в сроке 24 недели беременности поступил с истеричностью склер и кожных покровов, появление желтухи отметил 4 дня назад в течение последних 2-х недель - слабость, повышенная утомляемость, боли в суставах. При пальпации умеренное увеличение печени, незначительная болезненность в правом подреберье, в биохимическом анализе крови - билирубинемия до 68 мкмоль/л за счет прямой фракции. АСТ - 204 ед. АЛТ ед - 189, ЩФ -145 ед при УЗИ изменений желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы не обнаружено ваш диагноз:

- А. механическая желтуха вследствие холедохолитиаза;
- В. цирроз печени;
- С. инфекционный гепатит;
- Д. жировая дистрофия печени;
- Е. гемохроматоз.

4. Преимущественно в какие сроки гестации развивается острый жировой гепатоз:

- А. 10-13 недель;
- В. 15-18 недель;
- С. 20-25 недель;
- Д. 32-36 недель;
- Е. 40-42 недель.

5. Увеличение какого показателя свидетельствует о внутрипеченочном холестазе:

- А. бромсульфалеиновой пробы;
- В. уровня β -глобулинов;
- С. уровня аминотрансфераз;
- Д. уровня щелочной фосфатазы;
- Е. уровня кислой фосфатазы.

6. Осложнения течения беременности на фоне холестатического гепатоза беременных:

- А. преждевременные роды;
- В. задержка роста плода;
- С. хроническая плацентарная недостаточность;
- Д. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Е. верно А, В, С.

7. Патогенетические факторы формирования холестатический гепатоз беременных:

- А. чрезмерное поступление элементов желчи в кровь;
- В. Повышенный синтез липопротеинов разной плотности;
- С. токсическое действие желчи на гепатоциты;
- Д. токсическое действие желчи на билиарные каналы;
- Е. Увеличение скорости β -окисления свободных жирных кислот.

8. При выявлении внутripеченочного холестаза у беременных не применяется:

- А. срочно прервать беременность;
- В. успокоить беременную и пролонгировать беременность;
- С. назначить антигистаминные препараты;
- Д. назначить желчегонные препараты;
- Е. назначить рефлексотерапию.

9. При остром жировом гепатозе у беременной показано:

- А. плановое кесарево сечение;
- В. экстренное кесарево сечение;
- С. родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути;
- Д. сохраняющая терапия и симптоматическое лечение;
- Е. начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию.

10. Основными симптом, исключаящий развитие острого жирового гепатоза у беременной:

- А. изжоги;
- В. рвоты кофейной гущей;

- С. небольшой желтушности склер и кожи;
- Д. резкого повышения трансаминаз крови;
- Е. гипопроteinемия.

Клиническая ситуация

Беременная М., 27 лет, поступила в городской перинтальный центр в сроке 31 недели. Жалобы на боли в поясничной и подложечной области, отсутствие аппетита, зуд кожных покровов. Был однократно жидкий стул. Заболела неделю назад, когда стала отмечать слабость, боли в поясничной области, повышение температуры тела. В поликлинике предварительный диагноз угроза прерывания беременности и больная была направлена на стационарное лечение в отделение патологии беременности.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отмечается инкретичность склер. В легких и сердце патологии нет. Печень на один палец ниже реберной дуги, болезненная при пальпации. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 145 уд/мин., несколько приглушено. Матка легко возбудима, мочеиспускание в норме, моча темного цвета. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище не рожавшей, шейка сформирована, длиной 2,3 см., мягкая, наружный зев сомкнут. Воды целы, мыс не достигим. Поставьте диагноз, дальнейшая тактика?

9. АППЕНДИЦИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Его частота при беременности составляет 0,7-1,4 %. Летальность беременных от аппендицита за последние 40 лет снизилась с 3,9 до 1,1 %; однако он выше, чем у небеременных женщин.

Простые формы острого аппендицита у беременных встречаются в среднем в 63 %, деструктивные формы — в 37 % случаев. Повторные приступы аппендицита в первой половине беременности встречаются в 3 раза чаще, чем во второй и во время родов [2, с.625; 11, с.351].

Аппендицит осложняет течение беременности. Во второй его половине отсутствует инкапсуляция периаппендикулярного экссудата при перфорации червеобразного отростка, развивается разлитой перитонит. Спайки, образующиеся с маткой, вызывают активацию сократительной деятельности матки, что приводит к прерыванию беременности у 2,7-3,2 % женщин [2, с.625; 11, с.351].

Клиническая картина

Приступ аппендицита начинается с острой боли в животе. Боль локализуется в области пупка, распространяется на весь живот, позже переходит на правую подвздошную область. С 5-го месяца беременности аппендикс со слепой кишкой оттесняется маткой кверху и кзади. Изменяет локализацию болей. Наиболее резкая болезненность может быть не в правой подвздошной области (симптом Мак-Бернея), а выше, в подреберье. Боли при беременности не такие интенсивные, как у небеременных. Больные нередко объясняют возникновение болей в животе беременностью, поэтому поздно обращаются к врачу, что приводит к поздней госпитализации и операции.

Трудно отличить острый аппендицит во время родов от родовых схваток; напряжение мышц брюшной стенки выражено слабо. В этом случае необходимо обратить внимание на локальную болезненность, симптом Ситковского, симптом Бартомье-Михельсона, нейтрофильный лейкоцитоз. За болью следует тошнота; возможна рвота. Температура повышается до 38°C и выше, но может оставаться нормальной. Частота пульса в течение первых суток учащена до 90-100 в минуту. Язык сначала слегка обложен и влажный, затем становится сухим.

Защитное напряжение мышц живота при пальпации у беременных выражено слабо, так как брюшная стенка перерастянута, а аппендикс располагается позади матки. Симптом Ровсинга (усиление болей в области слепой кишки при надавливании на левую подвздошную область) и симптом Ситковского (усиление болей в положении больного на левом боку) не всегда имеют значение. Часто четко выражен симптом Бартомье-Михельсона, т. е. усиление болезненности при пальпации у больной в положении на правом боку, когда аппендикс придавлен маткой, а не на левом боку, как у небеременных.

Признак раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) возникает рано, диапазон его определения соответствует распространению воспалительной реакции в брюшной полости. В анализе крови каждые 3-4 часа лейкоцитоз может повышаться до $9 \times 10^9/\text{л}$ — $12,0 \times 10^9/\text{л}$; со вторых суток также увеличивается скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Острый аппендицит следует дифференцировать с ранним токсикозом, почечной коликой, пиелонефритом, холециститом, панкреатитом, острым гастритом, внематочной беременностью, пневмонией и перекрутом желчного пузыря. С целью дифференциальной диагностики исследуют: симптом Пастернацкого (отрицательный при аппендиците), мочу (не должна содержать патологических элементов), кал (характер стула); производят аускультацию легких (в сомнительных случаях проводят рентгеноскопию); беременную обязательно осматривают бимануально, проводят хромоцистоскопию (при почечной колике индигокармин не выделяется из закупоренного мочеточника).

В первой половине беременности повышенная температура, тошнота и рвота, характерные для раннего токсикоза, также могут быть признаками острого аппендицита. Во второй половине беременности, когда червеобразный отросток расположен высоко, аппендицит особенно трудно дифференцировать от правостороннего пиелонефрита. Начало заболевания различно: аппендицит всегда начинается с болей, затем повышается температура и возникает рвота; пиелонефрит начинается с озноба, рвоты, лихорадки и только после этого появляются боли.

В это время необходимо провести дифференциально-диагностические мероприятия. В случае подтверждения диагноза или невозможности его исключения необходима операция. Как и при отсутствии беременности, при неосложненном остром аппендиците следует произвести аппендэктомию, а рану ушить наглухо. Если доступ к червеобразному отростку затруднен из-за увеличенной матки, женщину следует повернуть на левый бок. Любое осложнение аппендицита (парааппендикулярный абсцесс, перитонит любого распространения) является показанием к хорошему дренированию брюшной полости с последующей активной аспирацией и введением антибиотиков в брюшную полость.

Последующий объем лечения определяется распространением процесса: у беременных, как и у небеременных, острый аппендицит может осложняться периаппендикулярным образованием (парааппендикулярный абсцесс, местный, разлитой или общий перитонит, что определяет хирургическую тактику, лечение и прогноз.

После операции продолжают лечение, предупреждающее невынашивание беременности, включающее суппозитории с папаверином, инъекции сульфата магния, но-шпы, витамина Е, во II-III триместре — партусистен внутривенно. Частота абортос после операции колеблется в пределах 0,9-3,8 %. Если операция и послеоперационный период прошли без осложнений и отсутствуют признаки угрозы прерывания беременности, женщине разрешается вставать на 4-5-й день, а не на 2-3-й день, как при отсутствии беременности.

Развитие родов вскоре после аппендэктомии нежелательно. Сокращения мускулатуры матки, изменение конфигурации матки после родов нарушают процесс инкапсуляции экссудата, что приводит к развитию генерализованного перитонита. Вопрос об объеме операции в этих случаях решается индивидуально. При разлитом гнойном перитоните, вызванном флегмонозным или гангренозным аппендицитом, родоразрешение производится путем кесарева сечения с последующей ампутацией или экстирпацией матки. После этого аппендикс удаляют, брюшную полость дренируют. В остальных случаях производят внебрюшинное кесарево сечение.

Беременным, перенесшим аппендэктомию, следует делать аборт не ранее чем через 2-3 недели после операции при неосложненном течении послеоперационного периода.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Эпидемиология аппендицита у беременных.
2. Клиническая картина аппендицита у беременных.
3. Диагностика аппендицита у беременных.
4. Осложнения беременности при аппендиците у беременных.
5. Тактика при аппендиците у беременных.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная Т. 28 лет. Жалобы на боли внизу живота больше справа, тошноту, однократную рвоту. Беременность 24 недели. Болеет в течение 5 - 6 часов. Боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота. Температура 37,5 °С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 94 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные справа. Матка в нормальном тонусе, увеличена до 24 недель беременности. В общем анализе крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 10×10^9 /л, п – 13%, с – 65%, СОЭ – 20 мм/час. Диагноз. Тактика.

10. НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

10.1 Фибромиомы (фибромы, миомы)

Влияние беременности на фибромиомы следующее: Во время беременности миомы, которые раньше не были заметны, принимают участие в общей сочности и гипертрофии мускулатуры матки и увеличиваются, главным образом, а может быть, и только в первой половине беременности. Однако некоторые авторы утверждают, что гипертрофии гладкомышечных волокон или гиперплазии соединительнотканной стромы внутри миом во время беременности не наблюдается [2, с.638].

Большие миомы, особенно если они расположены в области таза, могут увеличиваться настолько, что это приводит к ущемлению и опасному сдавлению органов малого таза. Помимо увеличения и повышенной васкуляризации фибромиом в большинстве случаев возникают кистозные и другие дистрофические изменения, в редких случаях имеют место нагноение и гангрена. Так называемая «красная дегенерация» — одно из самых серьезных изменений. Если это связано с болью, лихорадкой, лейкоцитозом и быстрым временем оседания, может потребоваться миомэктомия или гистерэктомия.

Нередким явлением является дислокация или «блуждающая» и изменение формы новообразования. Миомы, прикрепленные к шейке матки, реагируют на восходящую тягу тела матки и, к счастью, поднимаются в брюшную полость; иначе они заблокируют доставку. Это втягивание опухоли выше краев может происходить даже во время родов, и врач может быть весьма приятно удивлен, обнаружив, что то, что обещало быть грозным случаем, стало простым. Миома могут быть уплощены растущей яйцеклеткой или, если имеется несколько опухолей, они могут быть отделены друг от друга [2, с.638].

Субсерозные миомы могут искривляться и некротизироваться или пролиферировать в таз; интерстициальные опухоли обычно становятся более поверхностными; подслизистые миомы, которые встречаются редко, с большой вероятностью становятся полиповидными и затем могут выдавливаться через шейку матки в послеродовом периоде.

Во время родов миомы могут быть раздавлены продвигающейся головкой, попытками родоразрешения. В послеродовом периоде миомы обычно сливаются с остальной маткой. Опухоли во всех случаях такие же большие или даже больше, чем они были до беременности, хотя и меньше, чем во время беременности. Может произойти некроз и инфицирование опухолей, но это необычно. Этому способствуют огромные размеры новообразования, кровоподтеки во время родов и особенно инфекция, возникающая в результате ранения эндометрия над опухолью.

Влияние беременности на симптомы, вызванные миомами, также является фактором обострения. Боль выражена почти во всех случаях, во многих случаях возникает кровотечение, симулирующее угрозу прерывания

беременности. Если опухоли большие, живот сильно вздувается, и у пациента может появиться одышка в результате давления на диафрагму.

Влияние миомы на беременность варьируется. Женщины с такими опухолями часто бесплодны. Аборты происходят в два раза чаще у женщин с фибромиомами, чем у других женщин. Особенно это касается женщин с подслизистыми опухолями. Интерстициальные миомы имеют меньший эффект, а субсерозные миомы, за исключением больших размеров или близких к шейке матки, почти не имеют. Предлежанию плаценты, по-видимому, способствует наличие опухолей матки, вероятно, из-за сопутствующих изменений в эндометрии. В родах миомы обычно не вызывают осложнений, если только они не вдавлены или не спаяны в малом тазу или если плацента не прикреплена к опухоли.

Субсерозное поражение миомы вызывает наихудшие трудности, потому что она с меньшей вероятностью поднимается при сокращении и сокращении матки. Интерстициальные опухоли могут быть прижаты к стенке таза, чтобы позволить ребенку пройти, или они могут быть втянуты вверх.

Фибромиомы влияют на механизм родов. Сокращения матки обычно сильные и болезненные; на самом деле, когда роды заблокированы опухолью, может произойти разрыв матки. Однако могут присутствовать слабые боли, даже атония; склонны к возникновению аномалий положения и предлежания, таких как лицо, ягодица и плечо; также наблюдались выпадение пуповины и выворот матки.

В третьей стадии кровотечения часты, так как искривленная матка с трудом сдавливает сосуды плацентарной площадки. Аномалии в отделении плаценты особенно часто возникают, когда она прилежит к опухоли, поскольку в таких случаях аномальное прилегание является правилом. При искривлении полости матки возможно ущемление плаценты.

Во время послеродового периода миомы могут препятствовать лохияльному оттоку и вызывать лохиометру; они всегда задерживают инволюцию; они предрасполагают к флеботромбозу, а когда они гангренозны или инфицированы, могут возникнуть самые тяжелые формы сепсиса.

Диагноз

Перед акушером стоят сложнейшие диагностические задачи, часто допускаемые ошибки. Если беременеет женщина с миомой матки, диагноз не представляет затруднений и основывается на некоторых из следующих моментов: прекращение или нерегулярность менструаций, быстрое увеличение опухоли матки, развитие на ней мягкого участка, сокращение матки. опухоль матки и сердечные тоны плода. Все это может быть двусмысленный, за исключением последнего, и даже сердечные тоны плода могут быть не слышны, если они покрыты огромной опухолью.

Если ставится диагноз существующей беременности, то обычно легко определить наличие дополнительно миомы, но даже в этом случае случаются ошибки из-за двойни, опухоли яичника, удвоения матки, фибромы брюшной стенки, жира, гематомы и грыжи Литтре. были ошибочно приняты за опухоли

матки. Во время родов миоматозные узлы становятся заметными, когда матка затвердевает, и, если они не скрыты за маткой, их почти всегда можно обнаружить. Если он расположен в положении, которое вызывает вмешательство в механизм родов, возникают новые проблемы для диагностики.

Когда матка опорожнена, ее большие размеры и наличие узелков легко укажут на ее наличие. В послеродовом периоде тело остается высоким, и инволюция протекает медленно. Заражение опухоли проявляется обычными признаками сепсиса.

Дифференциальный диагноз между крупной симметричной интерстициальной миомой и беременностью иногда бывает затруднен. Действительно, бывает почти невозможно различить их, даже после того, как опухоль окажется в руках оператора при вскрытии брюшной полости.

Таблица 3. Дифференциация между опухолями матки и беременностью

Симптомы и признаки	Миома	Беременность
Тошнота и рвота	-	+
Менструации	+	-
Форма матки	Обычная опухоль матки	Обычно симметричные или характерно деформированные
Консистенция матки	обычно асимметрична или узловатая.	Мягкий обычные и вовлекают весь орган
Схватки матки	-	+
Расположение круглых связок, труб и яичников	аномально расположенный	нормально размещенный
Состояние шейки матки	Шейка матки втянута, высоко в тазу, твердая и является своего рода придатком к опухоли.	Шейка расположена низко в тазу, крупная, мягкая и является частью стенки матки. появляется после 5-го месяца беременности
Аускультативные признаки беременности	-	+

УЗИ	показывает опухоль матки	показывает плод, плаценту и т.д.
Тесты на беременность	-	+

После вскрытия живота дифференциальный диагноз устанавливают по темному цвету беременной матки, полнокровию, утолщению труб и связок, особенно круглых связок, наличию большого желтого тела в одном яичнике, баллотированию и сокращениям опухоли, который лепится на мысе. Миома обычно светлого цвета, сильно качается на мысе и асимметрична, как и круглые связки. Опытный оператор обычно по ощущениям может определить, есть беременность или нет.

Если сомнения не могут быть развеяны, то следует ввести 1 мл (5 ЕД) питуитрина непосредственно в мускулатуру матки. Беременная матка быстро сокращается и бледнеет. Также оправдано введение в опухоль иглы с широким отверстием. При наличии беременности амниотическая жидкость аспирируется. Наконец, опухоль можно медленно рассечь, слой за слоем, и в случае обнаружения яйцеклетки рану следует немедленно зашить, а брюшную полость закрыть, если нет других показаний. Беременность обычно не прерывается диагностической операцией.

Прогноз

Без сомнения, в сообщениях искажается опасность миом, осложняющих беременность; это связано с тем, что только тяжелые случаи считаются достойными публикации. Если опухоль не препятствует родам, серьезных осложнений мало, но плод подвергается большей опасности.

Лечение на ранних сроках беременности

Практически никогда не требуется искусственное прерывание беременности, так как у большинства беременных женщин с миомой роды проходят без затруднений. Действительно прерывание беременности затруднено из-за искривления полости матки и опасно из-за кровотечения и вероятности инфицирования опухоли. Чрезмерная боль и повторные и обильные кровотечения могут потребовать лечения, а если обычных средств недостаточно, может потребоваться операция. Лучше всего, когда это возможно, подождать до или почти до срока, прежде чем оперировать.

Может быть, даже разумно попробовать роды, потому что природа иногда творит чудеса, убирая опухоли с пути рождения ребенка. Поэтому при отсутствии невыносимой боли, сильного кровотечения, чрезвычайно быстрого роста, сильных страданий от перерастяжения живота, признаков некроза опухоли, перекрута или «острого живота» оправданно ждать и наблюдать. Чтобы помочь природе поднять опухоли из таза, пациенту следует ежедневно часто принимать коленно-грудное положение.

Тем не менее, лапаротомия может потребоваться, если женщина испытывает сильную боль, уплотнение миомы матки, чрезвычайно быстрый рост миомы или обильное кровотечение. До жизнеспособности просто лучше удалить подбрюшинные или интерстициальные миомы и оставить беременность нетронутой, если только не существует особой причины для ампутации матки, такой как бесчисленные миомы, обширная дегенерация одной или нескольких опухолей или чрезмерное кровотечение во время операции. Аборты и преждевременные роды происходят в значительной части случаев после миомэктомии.

Однако, даже если это произойдет, пациенту будет лучше, потому что она может снова забеременеть и, скорее всего, донесет беременность до срока. Хирург не должен однозначно обещать пациенту, что будет выполнена только миомэктомия. После вскрытия брюшной полости он может обнаружить, что гистерэктомия для пациентки гораздо безопаснее; поэтому он всегда должен получать согласие пациента на то, чтобы делать все, что он считает необходимым. В срок может быть выполнена операция Porro или, если роды могут быть выполнены снизу, гистерэктомия может быть выполнена через несколько месяцев после родов.

Миомэктомия, выполненная до или даже во время беременности с задержкой гестации, не обязательно является показанием к кесареву сечению, поскольку в большинстве случаев эта операционная рана прекрасно заживает.

Тактика ведения во время беременности и в родах

(а) Если женщина приближается к концу своей беременности, проводится тщательное обследование, чтобы определить, не будут ли опухоли препятствовать родам. Следует иметь в виду, что сужение родового прохода, вызванное миомой, хуже, чем сужение той же степени, вызванное суженным тазом, из-за возможного отторжения опухоли в результате раздавливания при самопроизвольных, но особенно оперативных родах. Даже во время беременности допустимы щадящие попытки репозиции. Если субсерозная или интрамуральная миома шейки матки настолько велика или настолько прочно фиксирована в тазу, что, по-видимому, полностью блокирует роды, кесарево сечение должно быть выполнено в ближайшее время или сразу после начала родов. После удаления ребенка и плаценты следует попытаться поднять опухоль из малого таза и экстирпировать ее. Если это невозможно из-за слишком плотного прилегания миомы или из-за того, что она выросла в широкие связки, матку следует полностью экстирпировать.

Только опытный акушер-хирург может предпринять такую операцию, потому что кровотечение часто бывает обильным. При наличии нескольких интрамуральных опухолей лучше выполнить гистерэктомию, а не множественные миомэктомии.

Опухоли меньшего размера могут быть оставлены для испытания в родах, и, как правило, их втягивают или размягчают и уплощают, чтобы дать возможность плоду пройти.

Операции в полости матки, как вариант, и ручное удаление плаценты могут оказаться трудоемкими из-за обструкции фиброзными опухолями, и может возникнуть необходимость подтолкнуть массы вверх, прежде чем можно будет ввести руку в матку. Удаление плаценты, приросшей к подслизистой миоме, может потребовать одновременного извлечения двух плацент, но следует соблюдать осторожность, чтобы не проколоть матку. При перфорации матки или при неудачном извлечении плаценты показан абдоминальный разрез.

(b) Инфицированные или потенциально инфицированные случаи.— Когда роды продолжаются в течение длительного времени, когда женщина предположительно инфицирована или когда были предприняты безуспешные попытки родоразрешения или репозиции опухоли, состояние становится грозным. Следует выполнить надвлагалищную ампутацию или тотальную экстирпацию матки. Если ребенок мертв, лучше всего полностью удалить матку, не вскрывая ее для извлечения ребенка, чтобы предотвратить контакт инфекционного содержимого матки с брюшиной. Даже при живом ребенке может быть удалена вся матка вместе с ребенком. В определенно инфицированных случаях следует указать мужу на опасность перитонита и порекомендовать удаление матки, но в предположительно инфицированных случаях можно с безопасностью провести внебрюшинное кесарево сечение.

в) в послеродовом периоде.

Если симптомы отсутствуют, миомы не беспокоят. Спорынья лучше не принимать. Кровотечение может потребовать немедленной операции. Отшелушивающиеся опухоли на ножке удаляют *per vaginam*, но не сразу после родов. Если опухоли инфицируются, практикуется ожидание до тех пор, пока не разовьется иммунитет родильницы. Немедленная лапаротомия может вызвать фатальный перитонит. При лапаротомии по поводу отторжения миомы брюшину как можно тщательнее отгораживают, а рассечение ножки после лигирования широких связок проводят электрокоагулятором. Следует провести дренирование через влагалище. Следует назначить пенициллин или сульфаниламиды.

10.2 Опухоли яичников

Опухоли яичников во время беременности встречаются гораздо реже, чем миомы. Поскольку кисты яичника встречаются часто, представляется обоснованным вывод о том, что они предрасполагают к бесплодию. [2, стр.639]

Влияние беременности на доброкачественную опухоль обычно неплохое. Большинство женщин рожают, не подозревая о его существовании, и рост новообразования не ускоряется, как в случае с миомой. В то время как одышка и сердцебиение из-за чрезмерных размеров опухоли встречаются редко, изредка встречаются перекрут ножки, кровоизлияние в кисту, нагноение и некроз. Роды не оказывают никакого влияния, если только опухоль не находится в малом тазу, подверженном родовой травме. В этом случае он может лопнуть или раздавиться, либо его ножка порвется. Послеродовой

период особого влияния не оказывает, но вероятны осложнения в результате ушиба опухоли. Перекрут наблюдается гораздо чаще, чем у небеременных женщин [2, с.639].

Кисты яичников мало влияют на беременность. Аборт обычно делают только в том случае, если опухоли чрезвычайно велики или заключены в области таза, когда они мешают росту матки или когда они перекручиваются или инфицируются. В родах кисты яичников оказывают вредное действие только тогда, когда они ущемлены в малом тазу и преградить путь ребенку. В определенной степени, но не в такой степени, как при миоме, опухоль вытягивается. Небольшая или мягкая опухоль может позволить ребенку пройти. Неправильное представление является обычным явлением. Послеродовой период часто протекает бурно из-за кровоподтеков опухоли, некрозов, кровоизлияний, инфицирования и нагноения, иногда с выходом гноя в соседние органы. Опухоли, которые прирастают к прямой кишке, вероятно, инфицированы кишечной палочкой. Наиболее опасны дермоидные кисты, так как их разрыв во время родов может привести к летальному перитониту. Обычно дермоиды обнаруживаются на рентгенограммах.

Диагноз

В первые месяцы обычно легко отличить беременную матку от лежащей сбоку округлой, подвижной опухоли на ножке, но иногда встречаются большие трудности. Когда опухоль интралигаментарна или пролабирует в малом тазу за маткой, необходимо провести дифференциальную диагностику с эктопической беременностью и ретрофлексией беременной матки. Большая опухоль может скрывать матку и создавать впечатление беременности, и поскольку признаки и симптомы последней присутствуют, эта ошибка, вероятно, будет допущена. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать миомы, опухоли селезенки и почек. Следует помнить, что перекрут кисты яичника симулирует прервавшуюся внематочную беременность и аппендицит.

В последующие месяцы и во время родов возникают различные трудности при обнаружении опухоли. Если высоко в животе, он может проскользнуть под печень или селезенку. При сращении с маткой возникает подозрение на двойню, миому или двойную матку. При прикреплении к низу таза можно рассматривать головное предлежание. Опухоли, ущемленные в тазу во время родов, легко обнаруживаются, но их природа и происхождение не так легко определяются.

Киста при сдавлении родов становится плотной, как миома, а при сращении может симулировать опухоль надкостницы таза. Ректальное исследование позволит исключить этот класс новообразований. Киста яичника была ошибочно принята за голову второго близнеца, и были наложены щипцы; или при попытке энуклеации предполагаемой миомы обнаруживались выпадение почки, полная прямая кишка или гематома.

Важной частью диагностики является решение о том, будет ли опухоль блокировать роды; при оценке этого никогда не следует забывать также об измерении костного таза.

Прогноз

В настоящее время немногие женщины умирают от этого осложнения, потому что неприятные опухоли обычно удаляют, как только обнаруживают, и потому что операция заменяет жестокие акушерские роды прежних времен.

Лечение во время беременности

Большинство авторов решительно выступают за немедленное удаление опухоли при ее обнаружении, но мы считаем, что каждый должен быть индивидуализирован. Однако операцию следует проводить в большинстве случаев при больших размерах кисты и во всех случаях при развитии внезапных симптомов перекрута опухоли. Опасность аборта невелика. Даже если опухоль содержит желтое тело беременности, риск удаления опухоли при сроке беременности 12 и более недель возникает редко. Поэтому при обнаружении кисты яичника в начале беременности и необходимости ее удаления целесообразно дождаться конца третьего или начала четвертого месяца беременности.

Если опухоль можно вылущить из своего ложа, оставив часть яичника, это следует сделать. Сообщается о сорока шести случаях удаления обоих яичников во время беременности из-за двусторонних дермоидных кист. В 12 случаях беременность сохранилась до полного срока, несмотря на то, что операции были проведены в течение третьего месяца. Если киста не удалена и таз не обложен, роды могут продолжаться как обычно, а затем опухоль удаляется. Быстрый рост опухоли при беременности свидетельствует о злокачественности.

Показаниями к немедленной операции при беременности являются: подозрение на злокачественное новообразование, перекрут ножки, признаки инфицирования опухоли и перерастяжение живота. С беременной маткой нужно обращаться как можно реже и бережнее, а затем в течение нескольких дней после этого следует давать прогестерон, чтобы сдержать чрезмерную активность матки.

Лечение во время родов

Также следует учитывать расположение новообразования, состояние родовых путей в отношении инфекции, опухоль в отношении длительного давления, кровоподтеки от попыток репозиции, родов и т.п. После абдоминальной овариотомии производят родоразрешение снизу, а после лапаротрахелотомии проводят экстирпацию опухоли яичника.

После рождения ребенка производят немедленную лапаротомию и экстирпируют опухоль. Лучше не затягивать с удалением кисты, так как последняя могла быть разорвана или травмирована в результате манипуляций или родоразрешения, а промедление может привести к фатальному перитониту.

В послеродовом периоде овариотомия должна быть выполнена во всех случаях, когда все еще присутствует большая киста яичника, и предпочтительно в течение 24 часов. Если операцию откладывают,

внимательно наблюдают за первыми симптомами инфицирования опухоли или перекута ее ножки.

10.3 Рак шейки матки

Заболеваемость раком шейки матки составляет 0,015-0,7%. Большинство карцином шейки матки, осложняющих беременность, представляют собой плоскоклеточные эпителиомы. Редкость рака во время беременности может быть объяснена тем фактом, что рак возникает в основном после репродуктивного периода. Наблюдается почти исключительно у повторнородящих. Это самое неприятное осложнение. Рак тела матки практически исключает возможность беременности. Сообщалось только о восьми подтвержденных случаях.

Долгое время считалось, что физиологические изменения в шейке матки у беременных вызывают более быстрый рост рака в ней и более раннее проникновение в лимфатические протоки и железы, но теперь существует противоположное мнение.

У больных одного возраста с раком шейки матки смертность ниже среди беременных или в послеродовом периоде, чем среди небеременных женщин. Некоторые авторы утверждают, что беременность не стимулирует существующую карциному шейки матки или молочной железы, а часто замедляет ее развитие. С другой стороны, прерывание беременности родами или абортom значительно интенсифицирует злокачественный рост и ухудшает прогноз. Это может быть связано с тем, что во время беременности гормон желтого тела прогестерон сдерживает бластомогенное действие эстрогенов.

После прерывания беременности эстроген может действовать беспрепятственно, поскольку количество прогестерона значительно уменьшается. Хотя рак может начаться после зачатия, обычно рост присутствовал раньше. В большинстве случаев выражены кровоизлияния и некрозы с гнилостными, сукровичными белями. Роды могут разрушить опухоль, а более или менее глубокие раны могут вызвать кровотечение, сепсис и быстрое распространение новообразования. В послеродовом периоде эти изменения становятся очевидными быстро, и последующая прострация и кахексия бросаются в глаза.

Рак шейки матки оказывает плохое влияние на течение беременности, родов и послеродового периода. Во-первых, бесплодие является правилом при раке, особенно в запущенных случаях и вследствие эндоцервицита и эндометрита; во-вторых, часты абортom из-за инфицирования и гибели плодного яйца, кровоизлияний и ограничения роста матки новообразованием. Если карциному не лечить, беременность продлится до полного срока примерно в двух третях случаев, но только треть младенцев выживает при родах вагинальным путем.

Роды затруднены не столько из-за размера образования, сколько из-за ригидности шейки матки, вызванной карциноматозной инфильтрацией. Если

опухоль мягкая и занимает часть шейки матки, то остальная часть может расшириться и позволить ребенку пройти. Если поражена вся шейка матки и образовалась твердая масса, возникает непроходимость, и случай грозный. В случае разрыва шейки матки разрыв может проникнуть в параметрий, вызывая обильное кровотечение.

Диагноз

Каждая женщина, имеющая нерегулярные кровотечения, гнойные или гнилостные бели, должна быть обследована на рак шейки матки. Кровотечение является первым симптомом рака почти в 90% случаев. Даже если менопауза наступила, беременность следует заподозрить при увеличении матки. В сомнительных случаях следует удалить кусочек опухоли и подвергнуть микроскопическому исследованию. Беременность нельзя прервать, иссекая часть шейки матки. Необходимо исключить сифилис.

Уход

Нет единства мнений относительно наилучшего лечения рака, осложняющего беременность и роды, главным образом потому, что ни у одного акушера лично не было большой серии случаев.

Могут быть представлены:

Рак, обнаруженный во время беременности

1. Если рак операбельный, а ребенок нежизнеспособен, показано одно из следующего:

Радикальное иссечение (Wertheim) невоскресшей матки. Прогноз для матери сравнительно хороший. лучевая терапия; если аборт не последовал, матку следует эвакуировать путем абдоминальной гистеротомии, иначе ребенок может стать жизнеспособным и родиться с помощью кесарева сечения. Прогноз для матери благоприятный. Обычно следует аборт; аномалии часто встречаются среди выживших детей.

2. Если рак операбельный и ребенок жизнеспособен:

После кесарева сечения следует операция Вертгейма. Прогноз для матери неблагоприятный, но есть хорошие шансы на то, что ребенок выживет. Либо лучевой терапии предшествует или следует кесарево сечение (в зависимости от срока гестации). Прогноз как для матери, так и для ребенка сравнительно благоприятный.

3. Если рак неоперабельный и ребенок нежизнеспособен:

За лучевой терапией следует родоразрешение путем абдоминальной гистеротомии. (В соответствии с религиозными принципами беременность может быть сохранена при родах с помощью кесарева сечения в срок или в ближайшем будущем.)

4. Если рак неоперабельный и ребенок жизнеспособен:

Перед или после лучевой терапии проводят кесарево сечение (в зависимости от срока гестации).

Рак обнаружен в родах

1. Если рак операбельный, ребенок жив и подлежащая часть все еще находится в матке:

После кесарева сечения следует операция Вертгейма.

2. Если рак операбельный, ребенок жив и предлежащая часть проходит через шейку матки:

После родов проводится лучевая терапия (как только позволяет инволюция). Рентгенотерапия может быть начата через несколько дней после родов, а внутримолостное введение радия – как можно скорее. Начало лечения не следует откладывать после девятого или десятого дня.

3. Если рак неоперабельный и предлежащая часть находится в матке:

После кесарева сечения проводится лучевая терапия.

4. Если рак неоперабельный и предлежащая часть выходит через шейку матки:

После родов проводится лучевая терапия (как только позволяет инволюция).

11. АНОМАЛИИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

11.1 Деформации родового канала

Эмбриологически матка и влагалище образуются путем слияния двух мюллеровых протоков, при этом соединение происходит снизу вверх. Отсутствие слияния в любой точке или по всей длине двух каналов объясняет почти все наблюдаемые аномалии, а остальные объясняются рудиментарным развитием одного протока. Нередко можно обнаружить углубление дна матки посередине — дугообразную матку, которая является верхним концом линии выпота двух протоков. Две стороны матки и влагалища не всегда одинаково развиты и наблюдаются градации от полного развития двух половин до почти полного отсутствия одного мюллерова протока. Рудиментарная сторона лежит как придаток к хорошо развитой матке, но так как ее канал в четырех случаях из пяти не сообщается с влагалищем, иногда возникают осложнения, такие как гематосальпинкс, гематометра и беременность в закрытом роге. Деформациям половых органов часто сопутствуют пороки развития мочевыводящих путей [2, с.657].

11.2 Дуплекс матки и влагалища

Коитусу редко мешают, так как используется большее влагалище. Менструации идут из обеих маток одновременно, но иногда только из одной. Беременность может произойти в одном или обоих рогах. Если каждый рог содержит яйцеклетку, двое детей теоретически могут быть зачаты при разных оплодотворениях и рождены через определенные промежутки времени, что предполагает суперфетацию. Когда беременность возникает в одном роге, она обычно не нарушена; не вовлеченная сторона растет и образует децидуальную оболочку, аналогичную таковой при внематочной беременности.

Децидуальная оболочка пустой стороны может извергаться, в то время как беременность продолжается на другой стороне. Течение этого случая

напоминает аборт, и если не известно о наличии двойной матки, врач вылечит и невольно уничтожит живую яйцеклетку. Обычно децидуальная оболочка отторгается в послеродовом периоде вместе с лохиями. Аборты происходят чаще, чем обычно. Может быть трудно очистить матку, особенно если шейка только одна [2, с.657].

Вдвойне важно ввести палец для выскабливания. Роды часто протекают нормально, но отмечаются следующие осложнения: слабые боли, атония с послеродовым кровотечением в третьем периоде и прилегание плаценты. Небеременная часть матки может пролабировать под другую и вести себя как опухоль, заключенная в малом тазу. У небеременных шейка матки может быть прижата к вульве головкой. Матка может разорваться из-за слабой мускулатуры, а перегородка во влагалище может служить препятствием.

Септация матки может иметь следующие осложнения: тазовое и поперечное предлежание, слабые боли, послеродовая атония, ригидность шейки матки, прилегание плаценты к перегородке и, если перегородка находится в шейка матки, затруднение родов. В двух наших случаях ребенок оседлал перегородку шейки матки.

Ведение беременности и родов в случаях удвоения матки

Женщины с двойной маткой имеют высокую степень фертильности, но частота самопроизвольных абортов также высока. Если у женщины были повторные аборты, а живого ребенка нет, целесообразно оперировать в надежде сделать единую полость матки. Этого можно добиться, удалив дополнительный рупор или перегородку.

Во время беременности из-за частых абортов активность пациентки должна быть ограничена, особенно в то время, когда должны были появиться менструации. Возможно, поможет прогестерон (10 мг), вводимый подкожно каждый день в это время. Может потребоваться постельный режим.

Во время родов за больной необходимо наблюдать очень внимательно. Неправильное предлежание, такое как тазовое предлежание и поперечное предлежание, распространены и могут быть решающим фактором для выполнения кесарева сечения. Точно так же следует помнить о возможности ослабления мускулатуры матки; поэтому всех больных с удвоением матки следует доставлять в стационар. В большинстве случаев роды можно безопасно осуществить снизу либо спонтанно, либо с посторонней помощью.

Во время родов следует удалить цервикальную или влагалищную перегородку. Обычно это можно сделать, когда предлежащая часть выталкивает перегородку почти в поле зрения, или это можно сделать после рождения ребенка. Безусловно, если перегородка мешает выходу ребенка, ее следует надрезать или иссекать. Третья стадия обычно нормальна, но нужно быть готовым к кровотечению из-за слабой мускулатуры и задержанной плаценты.

11.3 Рудиментарный маточный рог

Беременность в рудиментарном роге очень напоминает внематочную беременность. У этой группы пациентов много осложнений и несколько летальных исходов. Чрезвычайно рудиментарный добавочный рог может быть закрыт с обоих концов, что делает беременность невозможной, но возможно скопление менструальной крови. Если оплодотворенная яйцеклетка будет вставлена в малый рог, то нет никакой надежды, что она найдет путь в полость матки другой, потому что соединительный мостик ткани обычно неперфорирован.

Даже если две половины широко соприкасаются, две полости обычно не сообщаются. Может наблюдаться гипертрофия мышечной стенки рога, что позволяет яйцеклетке, вырасти до срока, но чаще всего в середине беременности происходит разрыв плодного яйца, что приводит к обильному внутреннему кровотечению. Поскольку сообщения с влагалищем нет, сперматозоиды должны перейти из открытой трубы в закрытую, чтобы оплодотворить яйцеклетку из яичника на стороне беременности, или яйцеклетка с открытой стороны перейдет в закрытый рог раньше или после оплодотворения.

Диагноз беременности по рудиментарному рогу ставится изредка, но обычно брюшная полость вскрывается для разрыва предполагаемой внематочной беременности. На препарате легко найти соединительную полосу между рудиментарным и веретеновидным большим рогом и определить, что круглая связка и труба отходят снаружи от плодного яйца.

Наличие перегородки во влагалище или шейке матки может свидетельствовать о наличии какой-либо другой аномалии, а пальпация ножки или соединительного канатика подтвердит диагноз. Если плод погибает, могут последовать идентичные изменения в яйцеклетке, как при эктопической яйцеклетке, так и позже, вследствие спаек и сморщивания плодного яйца фиброма или киста яичника. Сокращения, происходящие в мешочке опухоли, могут подсказать ключ к правильному диагнозу.

Лечение такое же, как и при внематочной беременности, и показано еще более активное вмешательство, как только будет поставлен диагноз. При лапаротомии лучше удалить весь мешок, если это возможно.

11.4 Дивертикулы матки

Это редкость. В одном из наших случаев плацента развивалась в добавочную полость матки, соединенную с основной частью проходом. Вероятно, это случаи перегородчатой матки с неполной перегородкой. Ущемление плаценты в роге матки не редкость.

12. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ

12.1 Вульвит

Из-за отека и гиперемии вульвы, а также из-за выраженного выступа тазового дна, который подвергает орган травме, вульвит нередко встречается у беременных. Недостаток чистоты, ожирение, трудности с очисткой вульвы от слизи, смегмы и гнойных выделений, а также обнажение входа провоцируют инфекцию и экзему. Встречаются микотические инфекции, напоминающие молочницу полости рта, которые могут охватывать всю гиперемированную и влажную вульву, и гнойные инфекции, в том числе гонорея. Вегетации или кондиломы могут быть видны на малых половых губах или в области шва, иногда они могут достигать огромных размеров. Половая область является местом обитания кишечной палочки, стафилококка и стрептококка, а также множества других.

12.2 Бартолинит

Это часто, но не всегда, связано с гонококком. Из-за опасности послеродовой инфекции абсцесс следует вылечить до родов, предпочтительно с помощью электрокоагуляции. Кисты половых губ, если они не инфицированы, лучше оставить в покое до послеродового периода. Если они препятствуют родоразрешению, пункция и аспирация их содержимого устранят препятствие, либо кисты можно вскрыть и разрушить их оболочку с помощью электрического прижигания.

12.3 Кольпит

Нередко обнаруживают гиперемированную зернистую, утолщенную слизистую в сводах, гранулезный вагинит, но изредка присутствует эмфизематозный кольпит. В этом состоянии стенка влагалища полна крупных и мелких кист, а эпителий гиперемирован. Эта аномалия исчезает спонтанно после родов. Все выделения необходимо исследовать с помощью свежих свисающих капель и окрашенных мазков для выявления возбудителя, которым может быть *Trichomonas vaginalis*, *monilia* или гонококк. Трихомонаду легко обнаружить в висячей капле из-за ее подвижности. Способствует развитию самопроизвольного аборта, внутриамниотической инфекции, преждевременному отхождению околоплодных вод, преждевременным родам, рождению маловесных детей, эндометриту и сепсису после кесарева сечения.

Лечение рекомендуется проводить всем беременным женщинам с симптомами кольпита. Имеется прогноз, что уменьшение частоты преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, внутриамниотической инфекции, послеродового эндометрита будет иметь место при лечении кольпита у беременных женщин.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ!

1. Урогенитальный хламидиоз – это инфекция, вызванная:
 - А. внутриклеточным паразитом;
 - В. вирусом;
 - С. бактерией;
 - Д. простейшим;
 - Е. грибом.
2. Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует:
 - А. преждевременному прерыванию беременности;
 - В. развитию послеродовой инфекции;
 - С. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
 - Д. маловодие;
 - Е. многоводие.
3. Заражение трихомониазом беременных происходит:
 - А. воздушно-капельным путем;
 - В. половым путем;
 - С. через кровь при инъекциях;
 - Д. алиментарным путем;
 - Е. контактно-бытовой.
4. Лечение больных гонореей во время беременности проводят:
 - А. пенициллином;
 - В. макролиды;
 - С. тетрациклином;
 - Д. сульфаниламидами;
 - Е. эритромицины.
5. Во время беременности лечение урогенитального хламидиоза проводят преимущественно:
 - А. эритромицином;
 - В. сульфаниламидами;
 - С. тетрациклином;
 - Д. цефалоспорины;
 - Е. макролиды.
6. Обследование беременной на гонорею (при наблюдении в поликлинике) проводится обязательно:
 - А. при взятии на учет по беременности;
 - В. один раз в течение каждого триместра беременности;
 - С. в 20 недель беременности;

- D. при родовом излитии околоплодных вод;
- E. при преждевременных родах.

7. При заболевании гонореей у беременных, как правило, возникает:

- A. преэклампсия;
- B. ранний токсикоз;
- C. преждевременное прерывание беременности;
- D. предлежание плаценты;
- E. отслойка нормально расположенной плаценты.

8. При наличии листериоза у беременной лечение проводят:

- A. в любом сроке беременности;
- B. только после 12 недель беременности;
- C. только после родоразрешения;
- D. перед родоразрешением;
- E. при родовом излитии околоплодных вод.

9. Заражение токсоплазмозом происходит:

- A. через мясные продукты питания (без их термической обработки);
- B. через больных животных (семейство кошачьих);
- C. воздушно-капельным путем;
- D. половым путем;
- E. правильно A) и B).

10. Грибковые поражения гениталий у беременных часто сочетаются с поражением:

- A. мочевыводящих путей;
- B. печени;
- C. сердца;
- D. кишечника;
- E. суставов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса.-2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.-1046 с.
2. Obstetrics and Gynaecology / A.N. Rybalka, A.V. Zabolotnov, I.K. Kamilova et al. — Textbook in 2 vol. Vol.1 Obstetrics. — Simferopol, 2017 — 1062 p.
3. Основы семиотики заболеваний внутренних органов : учеб. пособ. / А.В.Струтынский, А.П.Баранов, Г.Е.Ройтберг, Ю.П.Гапоненков. – 14-е изд. – М. : МЕДпрессинформ, 2022. – 304 с.
4. Hershko C, Camaschella C. How I treat unexplained refractory iron deficiency anemia / C. Hershko, C. Camaschella // Blood. — 2014. — № 123(3). — P. 326-333.
5. Takayo Nagao, Makoto Hirokawa J. Diagnosis and treatment of macrocytic anemias in adults / Takayo Nagao, Makoto Hirokawa // J.Gen. Fam. Med. — 2017. — № 18(5). — P. 200-204.
6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1136 с.
7. Шмидт А.А. Экстрагенитальная патология и беременность: учебное пособие / А.А. Шмидт, Д.И. Гайворонских, Н.В.Шперлинг.-Санкт-Петербург: СпецЛит,2022.- 135 с.
8. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 536 с.
9. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience / World Health Organization. — Geneva, Switzerland -2017.-196 p.
10. Camaschella C. Iron-Deficiency Anemia / Camaschella C. // N. Engl. J. Med.- 2015.-№372.-P.1832-1843.
11. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных: монография/ М.М. Шехтман – М.: Триада-Х, 2013.-896 с.
12. Agamurad A. Perinatal Outcomes in Women with Extragenital Diseases/ A. Agamurad, Setonde Romeo D. Konnon, Irina V. Savenkova et al. //Int. J.Bio-2017.- №7(2).-P.115-119.

Шығаруға қол қойылған күн 11.12.2024ж.

Форматы 60*90 1/16

Офсеттік бысылым

Тираж 30 дана

«Жебе» баспа үйі, 2024

Мекен жайы: Шымкент қаласы, Айбергенов көшесі 3/1 на договорная