**БПОУ ОО МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**для СРС по акушерству**

**2 курс 3 семестр Лечебное дело**

****

**Омск 2024**

**МДК.02.04. Акушерство и гинекология**

**Тема Ранние токсикозы беременных**

Определение понятия. Классификация, этиология, патогенез. Часто встречающиеся и редко встречающиеся формы раннего токсикоза

К гестозам относят ряд патологических состояний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение и исчезают после ее окончания. ***Гестозы разделяют на две большие группы***:

* ***ранние*** (рвота беременных, чрезмерная рвота, птиализм) возникают обычно в 4 - 12 недель беременности;
* ***поздние*** (водянка беременных, нефропатия, преэклампсия и эклампсия) - возникают в последние 2-3 месяца.

***Этиология.***

Современные исследования позволяют считать, что основным этиологическим фактором является несостоятельность механизмов адаптации к возникшей беременности.

Почти во всех системах организма беременной возникают физиологические изменения, способствующие нормальному течению беременности и правильному развитию плода.

Развитие этих изменений, имеющих приспособительный характер, регулируется нервной системой при активном участии гормонов, образующихся в железах внутренней секреции и в плаценте.

К развитию гестозов предрасполагают: гипоксия, инфекции, интоксикации, наследственные факторы, гипертоническая болезнь, ревматические пороки сердца, диабет, гипертиреоз, нефрит, пиелонефрит, гепатит, холецистит, ожирение, выраженные стрессовые ситуации, аллергические реакции.

Патогенез.

Существовало множество теорий, пытающихся объяснить механизм развития раннего токсикоза: рефлекторная, неврогенная, кортико-висцеральная, гормональная, аллергическая, иммунная.

Ведущую роль занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы. В ранние сроки беременности симптомы раннего токсикоза (невроза) проявляются расстройством функции желудочно-кишечного тракта.

Пищевые рефлексы связаны с вегетативными центрами диэнцефальной области. Поступающие сюда с периферии афферентные сигналы могут носить извращенный характер, что может изменить характер ответных эфферентных импульсов (наступает нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, слюнотечение, рвота).

Постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового обмена на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела.

При рвоте беременных отмечают временное совпадение начала рвоты с пиком содержания хорионического гонадотропина, нередко отмечается снижение кортикостероидной функции надпочечников.

***Рвота беременных*** сопровождается изменением вкусовых и обонятельных ощущений, понижением аппетита, бывает не только по утрам, а по нескольку раз в день. В соответствии с тяжестью и степенью возникших изменений в организме беременной различают следующие степени: легкая рвота; умеренная (средней тяжести); чрезмерная рвота (тяжелая форма).

***Птиализм (слюнотечение).***

Может наблюдаться как при рвоте беременных, так и самостоятельно. Суточная саливация может достигать 1 л и более. Возникает мацерация кожи и слизистой губ, понижается аппетит, ухудшается самочувствие. Беременная худеет, нарушается сон, появляются признаки обезвоживания.

***Лечение*** в основном как при рвоте. Рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, раствором ментола. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином. После прекращения слюнотечения беременность развивается нормально.

***Дерматозы беременных*** – редкие формы раннего токсикоза. Проявляются дерматозы в виде зуда, крапивницы, герпетических высыпаний. Наиболее частой формой является зуд беременных, который может ограничиваться областью наружных половых органов или распространяется по всему телу и нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность, подавленное настроение. Необходимо дифференцировать с сахарным диабетом, грибковыми заболеваниями кожи, трихомониазом, аллергией. Лечение заключается в назначении седативных средств, десенсибилизирующих, витаминов, УФО.

***Тетания беременных*** проявляется судорогами мышц верхних конечностей ("рука акушера"), реже нижних конечностей ("нога балерины"), лица ("рыбий рот"). Причина - понижение или выпадение функции паращитовидных желез и, как следствие, нарушение обмена кальция. При тяжелом течении заболевания или обострении во время беременности латентно протекающей тетании, следует прервать беременность. Для лечения применяют паратиреоидин, кальций, витамин Д.

***Остеомаляция беременных*** в выраженной форме встречается крайне редко. Беременность в этих случаях абсолютно противопоказана. Чаще наблюдают стертую форму остеомаляции ***- симфизиопатию***. Заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, декальцинацией и размягчением костей скелета. Появляются боли в ногах, костях таза, мышцах, общая слабость, утомляемость, парестезии; изменяется походка ("утиная"), повышаются сухожильные рефлексы. Пальпация лобкового сочленения болезненна.

На рентгенограммах таза иногда обнаруживают расхождение костей лобкового сочленения, однако, в отличие от истинной остеомаляции в костях отсутствуют деструктивные изменения

***Лечение заболевания***. Хороший эффект дает применение витамина Д, рыбьего жира, общего ультрафиолетового облучения, общего и местного, прогестерона.

***Острая желтая атрофия печени*** наблюдается чрезвычайно редко и может быть исходом чрезмерной рвоты беременных или возникнуть независимо от нее. В результате жирового и белкового перерождения печеночных клеток происходит уменьшение размеров печени, возникновение некрозов и атрофии печени.

Заболевание крайне тяжелое (интенсивная желтуха, зуд, рвота, судорожные припадки, кома), обычно приводит к гибели больной. Лечение заключается в немедленном прерывании беременности, хотя и прерывание беременности редко улучшает прогноз.

***Бронхиальная астма беременных*** наблюдается очень редко. Причиной возникновения бронхиальной астмы является гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена. Лечение: препараты кальция, витамины группы “В”, седативные средства. Бронхиальную астму беременных необходимо дифференцировать с обострением бронхиальной астмы, существовавшей до беременности.

***Профилактика ранних токсикозов (гестозов)*** заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, устранении психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды. Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза, а, следовательно, предупреждение развития тяжелых форм заболеваний.

Течение и ведение беременных с ранним токсикозом Дифференциальная диагностика. Установление степени тяжести и оценка эффективности проводимой терапии Показания для прерывания беременности

***Рвота беременных*** возникает примерно у 50-60% беременных, но в лечении нуждаются не более 8-10% из них. Различают 3 степени тяжести рвоты беременных. Чем раньше возникает рвота беременных, тем тяжелее она протекает.

***1 степень - легкая форма рвоты беременных.***

Общее состояние остается удовлетворительным. Частота рвоты не превышает 5 раз в сутки. Рвота бывает натощак, может вызываться приемом пищи или неприятными запахами. Потеря массы тела не превышает 2-3 кг.

Температура тела, влажность кожных покровов и слизистых оболочек остается нормальной. Частота пульса не превышает 80 уд/мин. Артериальное давление не изменяется, клинические анализы мочи и крови остаются нормальными.



***2 степень*** - рвота средней тяжести. При этой форме гестоза общее состояние женщины нарушается. Больные жалуются на слабость, иногда головокружение. Рвота повторяется от 6 до 10 раз в сутки. Потеря массы тела превышает 3 кг за 1-1,5 недели. У некоторых женщин может наблюдаться субфебрильная температура тела. Влажность кожных покровов и слизистых оболочек остается нормальной. Пульс учащается до 90-100 уд/мин. Артериальное давление может быть незначительно понижено. При исследовании мочи выявляется положительная реакция на ацетон ( +, ++ и реже +++).

***3 степень - тяжелая (чрезмерная***) рвота. Состояние женщин резко ухудшается. Рвота до 20-25 раз в сутки , продолжается и ночью, нарушается сон. Потеря массы тела достигает 8-10 кг и более. Беременные не удерживают ни пищу, ни воду, что приводит к значительному обезвоживанию организма и метаболическим нарушениям.

Резко нарушаются все виды обмена веществ. Кожа и слизистые оболочки становятся сухими. Температура тела (37,2-37,5°С, иногда 38°С). Пульс до 120 уд/мин, артериальное давление и диурез снижены. В моче обнаруживается ацетон ( +++ или ++++), нередко выявляются белок и цилиндры. В анализах крови определяются гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение содержания креатинина. Чрезмерная форма рвоты беременных встречается в настоящее время очень редко.

Ранний токсикоз беременных дифференцируют с рядом заболеваний, при которых также отмечается рвота (пищевая токсикоинфекция, гастрит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, рак желудка, нейроинфекция и др.).

***Лечение рвоты беременных.***

Лечение легкой формы рвоты беременных, как правило, амбулаторное под контролем динамики массы тела беременной и обязательных повторных исследований мочи на содержание ацетона. Рвота беременных средней тяжести и тяжелая требуют лечения в стационаре.

Комплексная терапия рвоты беременных включает препараты, воздействующие на ЦНС, нормализующие эндокринные и обменные нарушения, антигистаминные средства, витамины. При лечении необходимо соблюдать лечебно-охранительный режим.

Нельзя помещать в одну палату двух подобных больных, так как у выздоравливающей женщины может возникнуть рецидив заболевания под влиянием больной с продолжающейся рвотой.

Для нормализации функции ЦНС используют электросон. Обезвоживание организма **устраняют введением жидкостей** в количестве 2-2,5 л в сутки.

Для коррекции гипопротеинемии используют альбумин, плазму. Ликвидация обезвоживания и потери солей, а также дефицита альбуминов быстро улучшает состояние больных.

Для подавления возбудимости рвотного центра можно использовать церукал, торекан, дроперидол и др. Основным правилом медикаментозной терапии при тяжелой и средней степени тяжести рвоты является парентеральный метод введения препаратов.

Для лечения рвоты беременных может быть использован спленин по 2 мл внутримышечно в течение 10-12 дней. Об эффективности проводимой терапии судят по прекращению рвоты, прибавке массы тела, нормализации анализов мочи и крови.

***Показания для прерывания беременности при рвоте:***

* непрекращающаяся рвота;
* нарастание уровня ацетона в анализах мочи;
* прогрессирующее снижение массы тела;
* выраженная тахикардия;
* нарушение функций нервной системы;
* желтушное окрашивание склер и кожи;
* изменение КЩС,
* гипербилирубинемия.

ПРОВЕРЬ СЕБЯ. ПОМНИ!

**Рвота беременных. Лечение**

1**. Легкой степени**- частота рвоты не превышает 5 раз в сутки

• состояние удовлетворительное, рвота бывает натощак, может вызываться приемом пищи/

неприятными запахами

• температура тела, влажность кожных покровов и слизистых оболочек остаётся нормальной

• АД 120-110 мм рт ст, Ps-80-90 в минуту

• Клинические анализы крови без патологических изменений

• ОАМ: кетонурия+или ++

• Снижение массы тела в неделю 1-3кг ( до 5% исходной массы тела)

• Диурез 900-800МЛ

• Стул-ежедневно

2. **Средней степени**- частота рвоты 6-10 раз в сутки

• снижение массы тела в неделю 3-5 кг(1-1,5 кг в неделю, до 6-10% исходной массы тела)

• общее состояние ухудшается, слабость, апатия

• кожа бледная и сухая

• язык обложен беловатым налетом, суховат, запах ацетона изо рта

• гипербилирубинемия 21-40 мкмоль/л

• редко- температура субфебрильная

• АД 110-100 мм рт ст, тахикардия до 90-100 уд в минуту

• диурез снижен 800-700 мл

• запоры( один раз в 2-3 дня)

• ацетонурия( наблюдается у 20-50%)

• в анализах крови- метаболический ацидоз

3**. Тяжелой степени**- частота рвоты от 11 раз в сутки

• состояние тяжелое, адинамия, упадок сил, головная боль

• уменьшение массы тела прогрессирует, свыше 5 кг( 2-3 кг в неделю, свыше 10% исходной

массы)

• кожа и склеры желтушны

• боли в правом подреберье

• повышение температуры (37,2-37,5) наблюдается часто у 35% больных

• тахикардия свыше 100 уд в минуту

• АД снижается ниже 100 мм рт ст

• Метаболические нарушения- нарушаются все виды обмена веществ

• суточный диурез резко снижен, ацетонурия, белок и цилиндры в моче

• гипопротеинемия, гипербилирубинемия, повышение креатинина, остаточного азота,

мочевины

• Повышение гемоглобина

• Задержка стула, диурез менее 700 мл

***Порядок оказания лечебно- диагностической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях***

Для оказания диагностической и лечебной помощи беременным с рвотой легкой степени используются, в том числе, возможности врача общей практики. Непременным условием является освобождение от работы. Маршрутизации в стационары 2-й и 3 группы подлежат беременные с более тяжелыми формами токсикозов( чрезмерная рвота беременных)

***Примерная формулировка диагноза для врача***:

Беременность 7-8 недель. Легкая рвота беременных

Беременность 9-10 недель. Чрезмерная( тяжелая) рвота беременных

**Лечение**

**Цель**: восстановление водно-солевого баланса, метаболизма, функций жизненно важных органов

Рвота беременных **легкой степени**: контроль динамики массы тела, повторное исследования мочи на содержание ацетона при утяжелении состояния

Рвота беременных **средней и тяжелой степени**: стационарное лечение

Режим: лечебно- охранительный, устранение отрицательных эмоций. Больную поместить в отдельную палату( при рвоте средней и тяжелой степени). Не помещать двух беременных с рвотой

Диета: легкоусвояемая разнообразная пища, богатая витаминами. Принимать пищу часто, маленькими порциями. Ограничить употребление тяжелых для переваривания продуктов копченостей, жирного мяса, острого и соленого

Питье щелочное- минеральная вода без газа, травяные чаи, некрепкий чай с лимоном, жидкости комнатной температуры или прохладные

• При рвоте средней степени тяжести назначают смеси для энтерального питания

• Для нормализации функционального состояния коры ГМ и устранения вегетативной дисфункции может применяться ФТЛ

\* центральная электроанальгезия ( длительность 1 процедуры 60-90 минут курс лечения состоит из 6-8 сеансов)

\* электросон(длительность 1 процедуры 60-90 минут курс лечения состоит из 6-8 сеансов)

При неэффективности: прямые антагонисты дофамина: Метоклопрамид 2 мл( 10 мг) в/м или в/в 1-2 раза в день 5-7 дней

Общий объем инфузионной терапии: составляет 1-3 л/ сутки 3-5 дней в зависимости от степени обезвоживания и массы тела больной под контролем АД, ЦВД, гематокрита и диуреза- кристаллоиды до 2500-3000 мл в сутки

- критериями достаточности инфузионной терапии считают уменьшение обезвоживания и увеличение тургора кожи, нормализацию величины Ht и диуреза 1500-3000 мл

- Об эффективности проводимой терапии судят по прекращению рвоты, прибавке массы тела, нормализации анализов мочи и крови

- Неэффективность проводимой терапии при рвоте беременных тяжелой степени в течение 3 дней лечения в стационаре требует прерывания беременности

Гипертензивные расстройства во время беременности

1) встречаются с частотой около 10% беременностей, ежегодно во всем мире более 50000

женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ

2) В развитых странах в 12-18% они являются второй непосредственной причиной анте- и

постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случае

**Поздний гестоз.**

План .

1.Определение понятия «поздний гестоз».

2.Актуальность.

3.Классификация.

4 Группы риска по развитию гестоза.

5.Диагностика позднего гестоза. Шкала Виттлингера.

6.Осложнения. Неотложная доврачебная помощь.

7.Ведение беременных, рожениц и родильниц с поздним гестозом.

8.Принципы лечения позднего гестоза.

9.Профилактика гестозов.

***1.Определение понятия «поздний гестоз».***

***ОПГ-гестоз*** – это синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте.

Гестоз беременных – это не самостоятельное заболевание, а болезнь адаптации.

***Триада Цангемейстера*** – ОПГ-гестоз (О – отеки, П – протеинурия, Г - гипертензия).

***2.Актуальность.*** Частота поздних гестозов составляет от 8 до 22%. В причинах материнской смертности поздний гестоз занимает 2–3 место. Перинатальная смертность составляет 18-30%.



***3.Рабочая классификация гестоза.***

***Выделяют:***

1.«Чистые» формы.

2.«Сочетанные» формы.

***По степени тяжести:***

1.Лёгкая степень.

2.Средняя степень.

3. Тяжёлая степень.

4. Преэклампсия.

5.Эклампсия.

* Судорожная форма.
* Бессудорожная (коматозная) форма.

6.Атипические тяжёлые формы:

* Острый жировой гепатоз беременных.
* HELLP – синдром.

***Клинические варианты:***

1.Гипертензионный.

2.Отёчный (водянка беременных).

3.Протеинурический.

4.Классический (триада Цангемейстера).

Все эти формы рассматриваются как различные стадии одного и того же патологического процесса.

***Водянка беременных*** является начальной формой позднего гестоза и характеризуется появлением одного симптома – отеков с локализацией на лице, нижних и верхних конечностях, на передней брюшной стенке и т.д..

Общее состояние беременной при водянке не нарушается. Жалобы на чувство тяжести в ногах, быструю утомляемость, жажду появляются когда отёки становятся значительно выраженными. Артериальное давление остается в пределах нормы или даже несколько ниже ее. Водянка беременных в 20-24% случаев переходит в нефропатию.

Для выявления скрытых отёков необходимо контролировать прибавку массы тела беременной, которая не должна превышать 300 – 400 граммов за неделю. Можно провести «волдырную пробу».

***Нефропатия беременных*** чаще всего сочетает наличие трех симптомов – отеки, гипертензия, протеинурия (появление белка в моче). В отличие от водянки беременных, при нефропатии основным симптомом являются не отеки, а артериальная гипертония, которая в тяжелых случаях может достигать 200/150 мм рт. ст. и даже выше.

***Преэклампсия -*** более тяжелая форма позднего гестооза. На фоне имеющихся отеков, протеинурии, гипертензии появляются новые признаки (энцефалопатии): головная боль, головокружение, ощущение тяжести в области лба и затылка, бессонница, апатия, заторможенность, нарушение зрения («пелена» перед глазами, мелькание «мушек», иногда потеря зрения), шум в ушах, признаки расстройства желудка и печени - тошнота, рвота, боли в животе.

Любой раздражитель (громкий звук, яркий свет, боль) может привести к развитию следующей стадии позднего гестоза ***- эклампсии*** (самой тяжелой редко встречающейся формы).

Судорожный припадок развивается в определенной последовательности:

1 фаза - ***мелкие фибриллярные подергивания***, главным образом мышц лица, передающиеся в дальнейшем на верхние конечности. Длится фаза около 15-25 секунд .

2 фаза - ***тонические сокращения скелетной мускулатуры***, потеря сознания, остановка дыхания, резкий цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, расширение зрачков, иногда женщина прикусывает язык. Длится фаза 10-20 секунд.

3 фаза - ***клонические судороги,*** охватывающие туловище, верхние и нижние конечности. Дыхание становится затрудненным, изо рта выступает пена (в случае прикусывания языка - с примесью крови).

4 фаза - после прекращения клонических судорог больная впадает в ***эклампсическую кому***. Она лежит неподвижно, сознание отсутствует, дыхание шумное, хриплое.

Коматозное состояние может смениться новым приступом. Если этого не происходит, больная постепенно приходит в сознание, восстанавливаются нормальное дыхание и чувствительность. По окончании припадка женщина ничего не помнит о случившемся, жалуется на общую разбитость и головную боль. Продолжительность коматозного состояния бывает различной, иногда оно может длиться часами, что, конечно, ухудшает прогноз.

Во время припадка могут возникать асфиксия, ушибы и переломы. После окончания судорог возможно развитие аспирационной пневмонии и печеночно-почечной недостаточности. Больная может умереть во время судорожного припадка или после его окончания от кровоизлияния в мозг, асфиксии, отека легких. Плод нередко погибает от острой гипоксии.

В особо тяжелых случаях эклампсии, судорожная стадия может выпадать совсем (эклампсия без судорог).

***4.Группы риска по развитию позднего токсикоза (гестоза****):*

* беременные с экстрагенитальной патологией (заболевания почек, артериальная гипертензия, хронические неспецифические заболевания легких, эндокринопатии, анемия и т. д);
* беременные с ожирением;
* беременные, имеющие пороки сердца;
* беременные, которые имели поздний гестоз в предыдущих беременностях;
* возраст женщины (старше 30 лет или моложе 19 лет);
* многоплодная беременность (двойня, тройня и т.д.);
* внутриутробная гипотрофия плода (задержка развития плода);
* сенсибилизация по резус-фактору или группе крови;
* если беременная женщина имеет профессиональные вредности.

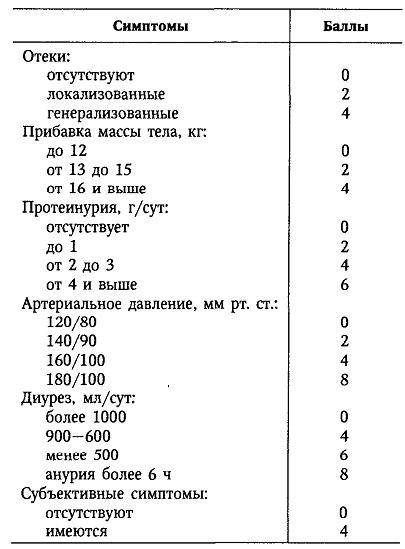
***5.Диагностика позднего гестоза.***

В диагностике позднего гестоза учитывается триада Цангемейстера (отёки, повышение АД, белок в моче), изменения сосудов глазного дна, субъективные жалобы (головная боль, «глазные симптомы» и др.). Диагностическое значение имеет биохимический анализ крови. Снижение концентрации общего белка ниже 50 г/л свидетельствуют об очень тяжелом течении позднего токсикоза и являются неблагоприятным прогностическим показателем для матери и плода. ***Определение степени тяжести. Шкала Виттлингера.*** Выделяют 3 степени тяжести ***нефропатии беременных***:

***1 степень*** *:* отеки ног; повышение АД на 25-30% от исходного (в среднем –150/90 мм рт. ст.); асимметрия АД – 10-15 мм рт. ст.; умеренная протеинурия (уровень белка в моче – 1г/л)

***2 степень****:* выраженные отеки ног, брюшной стенки; повышение АД на 40% от исходного (в среднем –170/100 мм рт. ст.); асимметрия АД – 20-15 мм рт. ст, протеинурия (уровень белка в моче – 1-2 г/л)

***3 степень****:* выраженные отеки ног, брюшной стенки, лица; повышение АД более чем на 40% от исходного (в среднем – до 180/110 мм рт. ст.); асимметрия АД – 20-25 мм рт. ст.; выраженная протеинурия (уровень белка в моче – более 2 г/л). Оценить степень тяжести нефропатии можно по ***шкале Виттлингера.***



***Примечание:*** при сумме баллов 21 и выше гестоз следует считать тяжёлым.

***6.Осложнения позднего гестоза.***

* сердечная недостаточность;
* отек легкого;
* острая почечная недостаточность;
* кома;
* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
* развитие плацентарной недостаточности;
* острая и хроническая гипоксия плода;
* внутриутробная задержка развития плода;
* преждевременные роды;
* развитие HELLP синдрома: гемолиз эритроцитов, дегенерация печеночных клеток, тромбоцитопения.

***7.Ведение родов***.

Решение о досрочном прерывании беременности, при нефропатии II степени, принимают через 1-2 недели безуспешной интенсивной терапии. Нефропатия III степени требует родоразрешения уже через 1-3 дня проведения лечения, без положительного эффекта; преэклампсия — через 3-4 часа.

Если родовые пути женщины подготовлены, то лучшим методом является родоразрешение через естественные родовые пути.

Родовозбуждение начинают со вскрытия плодного пузыря (на фоне продолжающегося лечения гестоза). Если в течение 1-2 часов после излития околоплодных вод родовая деятельность не развивается спонтанно, приступают к внутривенному введению простагландинов или окситоцина.

Оценивать характер родовой деятельности и состояние плода, лучше с помощью КТГ. ***Первый период родов*** ведут на фоне адекватного обезболивания. ***Второй период родов*** проводят с перинеотомией или наложением акушерских щипцов. ***В третьем периоде*** проводят профилактику кровотечения. Женщины с ОПГ-гестозом плохо переносят кровопотерю по многим причинам, среди которых важной является свойственная им гиповолемия.

***Кесарево сечение производится по следующим показаниям:***

* эклампсия во время беременности и в родах,
* при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути;
* тяжелые осложнения гестоза (кровоизлияние в мозг, отслойка сетчатки глаза,
* острая почечно-печеночная недостаточность,
* кома,
* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты);
* отсутствие эффекта от лечения тяжелых форм нефропатии и преэклампсии при неподготовленных родовых путях;
* отсутствие эффекта от родовозбуждения или слабость родовой деятельности;
* ухудшение состояния роженицы или жизнеспособного плода при отсутствии условий для быстрого завершения родов через естественные родовые пути.

***Ведение послеродового периода.***

Родильницам, перенесшим тяжелые формы гестоза, рекомендуется проводить комплексную, интенсивную терапию в условиях стационара не менее 2 недель, начиная её буквально сразу после родов.

Целенаправленная медицинская реабилитация женщин, перенесших гестоз, может служить основанием для их полного выздоровления. В наблюдении нуждаются и новорожденные, родившиеся от матерей, перенесших гестоз.

***Неотложная помощь на догоспитальном этапе*** включает назначение седативных, нейролептических и наркотических средств и гипотензивных препаратов. Воздействие на ЦНС обеспечивает создание лечебно-охранительного режима на месте и при последующей транспортировке больной, предотвращает развитие эклампсических приступов.

Перед транспортировкой в стационар на месте купируется судорожная готовность. Для этого используют:

в/в ведение 1-2 мл 0,1% р-ра рауседила;

2-4 мл 0,5% р-ра седуксена (сибазона);

2-4 мл 0,25% р-ра дроперидола или I мл 2% р-ра промедола.

***8.Принципы лечения позднего гестоза.***

К основным принципам лечения гестоза относятся: создание лечебно-охранительного режима, восстановление функции жизненно важных органов, быстрое и бережное родоразрешение.

При водянке I степени (отёки голени) возможно проведение лечения гестоза в условиях женских консультаций. При водянке 2- 4 степени лечение осуществляется в условиях стационара. Беременных с нефропатией тяжелой степени, преэклампсией, эклампсией целесообразно госпитализировать в стационары при многопрофильных больницах, которые имеют реанимационное отделение и отделение при выхаживании недоношенных детей.

***Лечение гестоза включает в себя комплекс мероприятий:***

* диета с ограничением жидкости (800-1000 мл в сутки) и соли, обогащенная белками и витаминами;
* создание лечебно-охранительного режима (включая успокаивающие препараты);
* инфузионная или внутривенная терапия (ее цель - улучшение кровообращения в мелких сосудах, в том числе в сосудах плаценты). Объем вливаний составляет до 1400 мл в сутки (используют реополиглюкин, препараты плазмы и т.д.);
* гипотензивная терапия - лечение, направленное на снижение артериального давления (дибазол, магнезия, нитраты, ганглиоблокаторы для управляемой гипотензии, антагонисты кальция);

***Магнезиальная терапия по Бровкину:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Время | 10.00 | 14.00 | 18.00 | 24.00 |
| Доза раствора сернокислой магнезии | 25% - 24,0мл  в/м | 25% - 24,0мл  в/м | 25% - 24,0мл  в/м | 25% - 24,0мл  в/м |

* профилактика плацентарной недоста­точности (актовегин, метионин, витамины «Е», «В6», «В12», «С»).

Назначают успокаивающие, мочегонные препараты. Длительность лечения гестоза определяется степенью его тяжести и состоянием пациентки

***9.Профилактика гестозов.***

Профилактические мероприятия в отношении возможного развития гестоза беременных складываются из ряда мер, осуществляемых главным образом женской консультацией:

* правильное ведение всех беременных, находящихся под её наблюдением;
* особый учет женщин, составляющих группу повышенного риска развития гестоза;
* выявление женщин с претоксикозом (преморбидное состояние) и предотвращение у них развития истинного гестоза путем назначения соответствующего режима и адекватного лечения;
* ранняя диагностика клинически выраженных форм гестоза с обязательной госпитализацией больных для проведения соответствующего обследования и лечения и, соответственно, предупреждения перехода токсикоза из одной формы в другую, более тяжелую.

**ВСПОМНИ!**

**Тактика**

• **При умеренной ПЭ** необходима госпитализация для уточнения диагноза и тщательный мониторинг состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности для профилактики РДС плода.

• Экстренное родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.

**При тяжелой ПЭ**

• 22-24 недели - прекращение жизнеугрожающей беременности.

• 25-27 нед- пролонгирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода

• 28-33 нед- пролангирование беременности при отсутствии неконтролируемой АГ, прогрессирования органной дисфункции у матери, дистресса плода; профилактика РДС плода, подготовка к возможному родоразрешению

• >34 нед - лечение в течении 6-24 ч, подготовка, родоразрешение.

НБ! В случае утяжеления симптомов предродовая( предоперационная) подготовка в течение 2 ч на основе базовой терапии преэклампсии

**Первая Помощь**: Магния Сульфат режим дозировки: 4 г в/в за 10 минут, а затем в/в 1 г/ч.

Во время введения сульфата магния необходимо проводить контроль за:

• Уровнем АД

• Частотой дыхания

• Почасовым диурезом

• Сухожильными рефлексами

При повышении уровня магния: ощущение тепла, приливов, двоение; невнятная речь; отсутствие сухожильных рефлексов; угнетение дыхания; остановка дыхания; остановка сердца.

При повышении уровня магния:

• Прекратить инфузию MgSO4

• Подать кислород через кислородную маску, придать пациентке безопасное положение в связи с нарушением сознания

• Тщательный мониторинг

• Ввести Кальция Глюконат в/в

• Немедленная инкубация и вентиляция легких

Остановка сердца:

- Начать СЛР

- Немедленно родоразрешить, если пациентка до родов

**Антидот**: 10% Кальция Глюконат 10 мл в/в в течение 10 минут

NB! Магния сульфат не является собственно гипотензивным препаратом. При тяжелой ПЭ, его введение необходимо для профилактики судорожного синдрома.

Одновременно с мероприятиями по оказанию неотложной помощи начинается

плановая антигипертензивная терапия пролангированными препаратами с целью предотвращения повторного повышения АД

***Основные ЛС для плановой терапии АГ у беременных***

• Метилдопа табл. 250 мг; 250-500 мг-2000 мг в сутки, в 2-3 приема( средняя суточная доза 1000 мг). Препарат первой линии. Наиболее изученный антигипертензивный препарат для лечения АГ в период беременности.

• Нифедипин табл. пролангированного действия-20 мг, табл. с модифицированным высвобождением 30/40/60 мг; Средняя суточная доза 40-90 мг в 1-2 приема в зависимости от формы выпуска, максимальная суточная доза-120 мг. Наиболее изученный представитель группы, рекомендован для применения у беременных во всех международных рекомендациях в качестве препарата первой или второй линии при АГБ. Не применять для плановой терапии короткодействующие формы.

NB! Было время когда назначали сублингвально- сейчас запретили!!!! Может

закончится смертью. Только в/ в или per os.

• Метопролол табл. 25/50/100/200 мг по 25-100 мг, 1-2 раза в сутки, максимальная суточная доза 200 мг. Препарат выбора среди В-адреноблокаторов в настоящее время.

***Резервные ЛС для плановой терапии АГ у беременных***

Амлодипин табл 5/10 мг; 5-10 мг 1 раз в сутки. Имеющиеся данные недостаточны для оценки безопасности. Может использоваться только при отсутствии эффекта или плохой переносимости лечения Нифедипином

В ОРИТ

• Катетеризация переферической вены. Не рекомендуется катетеризация подключичной вены без абсолютных показаний( шок, гиповолемия)!

• Умеренная дегидратация лучше, чем гипергидратация

• Объем примерно 1-1,2 л в сутки

• Диуретики применяют только при отеке легких! Не назначать при гиповолемии!!!

• Инфузионная нагрузка необходима при эпидуральной блокаде, парентеральной антигипертензивной терапии, в/в ведении магнезии, при олигурии или признаках центральной дегидратации( снижении диуреза менее 35 мл/час, гемоконцентрацииь повышение гематокрита выше 42)

• Ограничительный режим инфузионной терапии применяется и после родоразрешения( исключение- hellp-синдром). При любом варианте развития критического состояния при преэклампсии/ эклампсии необходимо как можно раньше перейти к энтеральному питанию.

• NB! Растворы глюкозы при родоразрешении не используют из-за риска гипогликемии у новорожденных

***На 1 этапе***

Оценить тяжесть преэклампсии/ эклампсии:

АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение, состояние плода

• Обеспечить венозный доступ: переферическая вена;

• Магния сульфат 25% 16 мл в/в медленно( за 10 мин) и 50 мл через инфузомат со скоростью 1 г/ч. Инфузия: только магния сульфат на р-ре NaCl 0,9% ( или другого кристаллоида)

• При АД выше 140/90 мм.рт.ст - метилдопа, нифедипин;

• При судорогах: обеспечить проходимость дыхательных путей;

• При судорогах или судорожной готовности: бензодиазепины ( диазепам 10 мг) в/в однократно;

• При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов- перевод на ИВЛ с тотальной миоплегией;

• При эвакуации пациентки с ПЭ/ эклампсией линейной бригадой СМП последняя должна оповестить акушерский стационар, куда транспортируется больная.

**Эклампсия является абсолютным показанием к родоразрешению, однако сначала необходимо стабилизировать состояние пациентки.**

Женщина может быта срочно родоразрешена в ситуации, когда под контролем находятся судорожный синдром и тяжелая гипертензия.

• Кесарево сечение при тяжелой преэклампсии не является единственным методом выбора родоразрещения. Самопроизвольные роды при правильном ведении являются для матери гемодинамически менее стрессорными и снижают частоту у респираторных осложнений у недоношенных новорожденных.

• Родоразрешение лучше проводить в течение рабочего дня( особенно в случае

преждевременных родов)

• При сроке беременности < 32 нед- предпочтительно кесарево сечение

• После 34 Нед- влагалищное родоразрешение при головном предлежании.

• Подготовка к родам( вагинальное исследование простагландинов, антигестагены и тп) повышает шансы на успешное родоразрешение.

• Противосудорожная антигипертензивная терапия должна проводится на протяжении всего периода родоразрешения.

• Второй период родов может быть сокращен - вагинальное оперативное родоразрешение.

• В третьем периоде -10 ЕД окситоцина в/м или 5 ЕД в/в, но не метилэргобревина( вызывающего повышение АД).

• Для профилактики развития эклампсии в родах все женщины при консервативном родоразрешении обязательно должны быть обезболены методом эпидуральной анальгезии.

• Целесообразно проведение адекватной тромбопрофилактики.

• В послеродовом периоде- продолжение терапии, направленной на ликвидацию остаточных проявлений с целью предупреждения возможного развития хронических заболеваний ССС и почек ( гипертонической болезни, гломерулонефрита)

**Амбулаторное лечение ПЭ недопустимо!**

***Профилактика ПЭ***

Во время проведения УЗИ -1 го триместра рекомендовано измерить пульсационный индекс( PI) в маточных артериях для предикции ранней ПЭ. Оптимальный скрининг на ПЭ включает калькуляцию риска на основании оценки факторов риска, измерения среднего АД, PI в маточных артериях и определения плацентарного фактора роста(PIGF). PIGF является лучшим, но пока еще малодоступным биохимических маркером. При высоком риске ПЭ,

низкие значения этого маркера свидетельствуют о высоком риске ранней ПЭ, часто в сочетании с ЗРП( частота ложноположительных результатов составляет 9%)

Рекомендовано:

• Низкие дозы аспирина (150 мг в день), начиная с 12 нед до родов.

• При назначении ацетилсалициловой кислоты( аспирина) необходимо письменное информированное согласие женщины, так как в соответствии с инструкцией по применению, прием аспирина противопоказан в первые 3 месяца и после 36 недели беременности.

• Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция( менее 600 мг/день) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день.

Для подтверждения диагноза ПЭ можно определить соотношение ангиогенных факторов

sFLT/PIGF, что является надежным, но пока еще малодоступным методом исследования.

Соотношение sFLT/PIGF< 38 исключает развитие ПЭ в течение 7 дней

В сроке беременности< 34 недель соотношение sFLT/PIGF> 85 указывает на высокую

вероятность развития ПЭ.

В сроке беременности > 34 недель соотношение sFLT/PIGF> 110 указывает на высокую вероятность развития ПЭ

NB! Оптимальной профилактикой осложнений тяжелой преэклампсии( эклампсия, hellp-синдром, острый жировой гепатоз, аГУС) является только своевременное родоразрешение.

**Ведение беременности, родов и послеродового периода при различных видах экстрагенитальной патологии**

ЭГП-является неуправляемой патологией, частая причина материнской

смертности, поэтому очень важно заниматься своим здоровьем, лечить основные заболевания. Важно для возможности выносить и родить здорового, жизнеспособного ребенка и не умереть самой!

**ЭГП и беременность:**

○ Диспансеризация беременных осуществляется совместно акушер-гинеколог и терапевт

○ При необходимости привлекаются узкие специалисты по профилю заболевания (уролог-нефролог, кардиолог, эндокринолог и т.д)

○ Для каждой беременной с ЭП до 12 нед. гестации должен быть решен вопрос о возможности вынашивания беременности

**Для всех заболеваний экстрагенитальной локализации**:

○ Госпитализация беременных в профильное отделение при ухудшении течения соматического заболевания в любые сроки гестации

○ Госпитализация беременной в родильный дом за 2-4 недели до предполагаемых сроков родов для решения вопроса о сроке и методе родоразрешения

○ Знания всех возможных осложнений во время беременности, в родах и в послеродовом периоде при каждом виде ЭП, проведение профилактических мероприятий

**Беременность, роды и послеродовый период при заболеваниях крови/**

Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с анемией беременных.



У большинства женщин к 28 - 30 недельному сроку физиологически протекающей беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов и, как правило, не отражаются на состоянии и самочувствии беременной. Истинные анемии беременных сопровождаются типичной клинической картиной и оказывают влияние на течение беременности и родов.

***Этиология и патогенез***



***Анемии*** развиваются на почве дефицита 4-х основных веществ, определяющих нормальное течение процесса кроветворения: ***железо, белок, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота.***

Ведущее место среди анемий у беременных занимает железодефицитная анемия. Она встречается в 75-95% всех анемий. Тяжесть течения анемии определяется по уровню гемоглобина в периферической крови. Различают 3 степени тяжести:

***Анемия лёгкой степени - гемоглобин 100-91 г/.,***

***Анемия средней степени тяжести - гемоглобин 90-71 г/л.***

***Анемия тяжёлой степени - гемоглобин меньше 70 г/л.***

***Диагностика.***

Оценка тяжести заболевания основывается на показателях содержания гемоглобина, уровня гематокрита, концентрации железа в плазме крови и клинических симптомах:

* головокружение;
* бледность кожных покровов и слизистых;
* сухость кожи;
* ломкость ногтей;
* одышка, а также боли в области сердца
* мелькание «мушек» перед глазами;
* склонность к заболеваниям ОРВИ;
* постепенное разрушение зубной эмали;
* как следствие предыдущего пункта - появление разных проблем в области желудочно-кишечного тракта.

***Особенности течения беременности и родов.***

* частота поздних гестозов при анемии беременных достигает 29%;
* гипопротеинемия (снижается уровень белков);
* увеличивается процент преждевременных родов;
* мертворождаемость увеличивается за счет антенатальной гибели плода;
* в родах при анемии у беременных акушерские кровотечения встречаются в 3-4 раза чаще, чем у здоровых женщин;
* развитие плацентарной недостаточности при анемии у беременных способствует увеличению риска рождения детей с малой массой тела, с признаками внутриутробной гипотрофии, в состоянии асфиксии;
* при обследовании детей 1 года жизни, рожденных от матерей с анемией, каждый 3-й ребенок болеет простудными заболеваниями, 20,6% - имеют аллергические проявления, анемию - 23,1%.

***Обследование****.*

При первичном обращении беременной к врачу уточняют, не было ли анемии, кровоточивости и других болезней крови, назначают ***общий анализ крови***. Другие лабораторные исследования включают ***общий анализ мочи***, ***определение уровня железа в сыворотке и содержания ретикулоцитов в крови, исследование мазка крови, исследование кала на простейших и яйца гельминтов***, а по показаниям - дополнительные исследования. Исследование костного мозга при беременности требуется редко.

***При ведении беременных с анемией необходимо соблюдать следующие принципы терапии:***

* белковая диета;
* коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов;
* ликвидация гипоксии организма;
* лечение плацентарной недостаточности;
* нормализация гемодинамики, системных, обменных и органных нарушений;
* профилактика осложнений беременности и родов;
* ранняя реабилитация в послеродовом периоде;

При 2 и 3 степени анемии лечение проводится в стационаре. ***Тактика ведения родов при анемии определяется в зависимости от акушерской ситуации.***

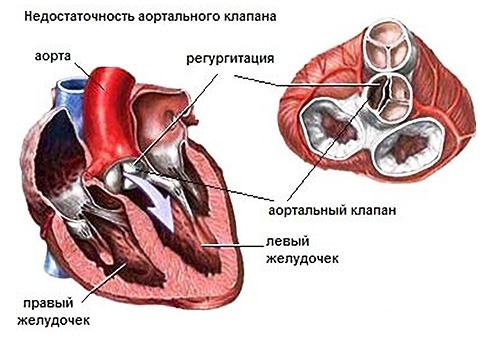
***Профилактика.***

Женщинам, страдающим хроническими заболеваниями внутренних органов, многократно рожавшим женщинам, а также, если в начале беременности содержание гемоглобина в крови не превышало 120 г/л, обычно назначают препарат железа, который рекомендуется принимать в течение 4-6 месяцев, начиная с 15-й недели беременности.

**Беременность, роды и послеродовый период при заболеваниях**

**сердечно-сосудистой системы.**

Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода при гипертонической болезни, гипотонии, приобретенных и врожденных пороках сердца.



Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных составляют 5-10%. Беременность и роды способствуют обострению ревматического процесса, отеку легких и прогрессированию хронической сердечно-сосудистой недостаточности, появлению висцеральных форм ревматического процесса: нефрит, гепатит, плеврит и т.д.

В структуре материнской летальности из экстрагенитальной патологии первое место занимает сердечно-сосудистая система. Это объясняется увеличением нагрузки на неё ***при беременности***, а именно следующими факторами::

* увеличение массы беременной женщины (на 10-11%, то есть примерно на 10-11 кг);
* рост массы плода (примерно 3000 г, но может быть и больше);
* высокое стояние диафрагмы, что приводит к смещению оси сердца в горизонтальное состояние;
* пережатие крупных сосудов;
* эндокринная нагрузка;
* появление нового плацентарного кровообращения;
* увеличение ОЦК на 20 - 25%. (увеличивается объем плазмы на 900 мл).

***В родах*** максимально усиливается работа правого и левого желудочков, увеличивается газообмен и потребление кислорода (во время потуг). При каждом сокращении матки к сердцу поступает примерно 300 мл крови дополнительно.

***В послеродовом периоде*** происходит перераспределение крови (в связи с уменьшением внутриматочного и внутрибрюшного давления). В период лактации также существует нагрузка на сердечно-сосудистую систему, поэтому надо всегда решать вопрос о допустимости кормления.

80% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных составляют ревматические пороки. Ведение таких женщин недопустимо без терапевта. Акушер, кардиолог и терапевт решают совместно ***вопрос о возможности сохранения беременности.*** Решение этого вопроса зависит от:

* формы порока и его выраженности;
* стадии недостаточности кровообращения и функционального состояния сердечно-сосудистой системы;
* наличия аритмии;
* состояния важнейших органов и систем: печень, почки, легкие;
* акушерской патологии

Продолжение беременности можно считать допустимым при 1-2 степени риска в условиях амбулаторного наблюдения и стационарного лечения.

***1 степень*** - беременность при пороке сердца, но без выраженной сердечной недостаточности и без осложнений ревматического процесса (субклинические проявления).

***2 степень*** - беременность с пороком сердца и с начальной картиной сердечной недостаточности: одышка, тахикардия, признаки активности ревматизма.

***Показания для прерывания беременности.***

* активный ревмокардит, рецидивирующий ревмокардит;
* недостаточность кровообращения 2А и 3 стадий;
* мерцательная аритмия, стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия и стеноз устья аорты.

До 12 недель проводится выскабливание полости матки, а на поздних сроках беременности выполняется родоразрешение влагалищным путём.

Сроки госпитализации для решения вопроса о допустимости сохранения беременности ***- до 12 недель.*** Необходимо выявить форму порока, степень ревматического процесса.

При положительном решении, т.е.беременность разрешено вынашивать - вторая госпитализация необходима в ***26-32 недели***  (пик нарастания ОЦК).

В ***35-37 недель*** беременности пациентку госпитализируют в специализированный родильный дом для выбора способа родоразрешения и непосредственно родоразрешения.

***Ведение родов через естественные родовые пути*** требует соблюдения следующих правил:

* использовать кардиальные средства и ингаляцию кислорода;
* проводить адекватное обезболивание;
* не допускать затяжных, быстрых или стремительных родов;
* производить раннее вскрытие плодного пузыря;
* укорачивать период изгнания;
* проводить профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

***Наложением акушерских щипцов*** укорачивают период изгнания у женщин с митральным стенозом, с недостаточностью кровообращения, с эндокардитом, с явлениями декомпенсации при предыдущих родах. В остальных случаях 2 период родов укорачивается выполнением ***перинеотомии.***

Родильницы с пороком сердца плохо переносят перестройку гемодинамики после выключения маточно-плацентарного круга кровообращения, поэтому им сразу после окончания родов вводят кардиотонические средства, а при митральной и аортальной недостаточности кладут на живот тяжесть.

Принципы ведения ***послеродового периода*** те же, что и во время беременности. Кормление ребенка грудью противопоказано при активной форме ревматизма и при нарастании явлений декомпенсации.

***Беременность и врожденные пороки сердца*.**

К каждому случаю беременности у таких больных необходим строго индивидуальный подход после тщательного обследования в специализированном стационаре и совместного обслуживания терапевтами, кардиохирургами и акушерами. Наблюдение за беременными с врожденными пороками сердца и ведение родов осуществляются по принципам, разработанным для больных с приобре­тенными пороками сердца.

***Беременность и оперированное сердце*.**

Для больных, перенесших успешную комиссуротомию, можно разрешить беременность не ранее чем через год после операции после исчезновения всех признаков сердечной недостаточности. Нельзя и затягивать время наступления беременности из-за угрозы развития рестеноза. Противопоказана беременность у женщин данной группы в следующих случаях:

* бактериальный эндокардит,
* активация ревматического процесса,
* рестеноз,
* травматическая недостаточность митрального клапана,
* чрезмерное расширение атриовентрикулярного отверстия.

Если противопоказания отсутствуют, то ведение беременности и родов осуще­ствляется по принципам, общим для всех кардиальных больных.

***Характерные признаки отека легких:***

* одышка (частота дыхания до 30 в минуту);
* резкая слабость;
* холодный пот;
* акроцианоз;
* кашель со слизистой мокротой;
* частый пульс с малым наполнением;
* разнокалиберные хрипы над легкими;
* пена, кровь в мокроте;

***Неотложная помощь***: введение нейролептиков, пипольфен, седуксен, промедол, ГОМК. ИВЛ, кислород через пеногасители. Сердечные гликозиды: внутривенно дигогксин 0.025% 0.5 мл, коргликон, строфантин, эуфиллин.

В 70% отек легких заканчивается летально

***Течение и ведение беременности и родов при гипотонии.***

Артериальная гипотензия неблагоприятно влияет на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного. Осложнениями ***во время беременности:***

* ранний токсикоз,
* угроза прерывания беременности,
* недонашивание,
* поздний гестоз;
* анемия.

***В родах:***

* несвоевременное излитие околоплодных вод,
* слабость родовой деятельности,
* разрывы промежности.

***Последовый и послеродовый период:***

* кровотечение (сравнительно небольшая кровопотеря (400-500 мл) у рожениц с артериальной гипотензией часто вызывает тяжелый коллапс);
* субинволюция матки,
* лохиометра
* эндомиометрит.

***У новорожденных***:

* внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного;
* родовые травмы;
* недоношенность;
* гипотрофия I-II.

***Частота оперативных вмешательств***:

* кесарево сечение – 4,6%;
* ручное вхождение в полость матки – 15,3%.

Беременным с артериальной гипотонией назначиют экстракт элеутерококка или пантокрина по 20-25 кап. 3 раза в сутки, 10% раствор кофеин бензоата натрия по 1 мл. п/к, тиамин, пиридоксин по 1 мл в/м ежедневно, в/в вливание низкоконцентрированного раствора глюкозы (5-10%) с аскорбиновой кислотой.

Перед родами оправдано применение комплексной дородовой подготовки – создание негормонального глюкоза-кальциево-витаминного фона при продолжающейся терапии плацентарной недостаточности.

***Гипертоническая болезнь и беременность.***

Больные с гипертонической болезнью - это группа риска ( и для беременной и для плода). Гипертоническая болезнь в 30% осложняет беременность, на фоне ее часто развивается гестоз, нередко гипертоническая болезнь является причиной материнской смертности.

***Классификация ГБ:***

***Стадия 1А -*** латентная, предгипертоническая, транзиторная реакция.

***Стадия 1В*** - нестойкое, кратковременное повышение АД, но обратимое в условиях покоя.

***Стадия 2А -*** неустойчивое повышение АД.

***Стадия 2В -*** повышение АД стойкое, но сохранена функция всех органов, нет органических изменений органов.

***Стадия 3А -*** стойкое повышение АД, компенсировано, но есть дистрофические изменения органов.

***Стадия 3В -*** декомпенсация, стойкое повышение АД, редко встречается при беременности.

***При 1 стадии*** беременность допустима (степень риска минимальная, осложнения возникают в 20%, редко беременность ухудшает течение заболевания).

***При второй стадии*** вопрос решается индивидуально, после обследования в стационаре (степень риска выраженная – присоединение гестоза, плод гипотрофичен, увеличение перинатальной смертности).

***При третьей стадии (***злокачественная гипертония) - беременность противопоказана (степень риска максимальная - угроза жизни беременной).

***Показания к операции кесарева сечения при гипертонической болезни:***

* преждевременная отслойка плаценты;
* отслойка сетчатки;
* расстройство мозгового кровообращения;
* внутриутробная гипоксия плода.

***Для правильного ведения родов*** при гипертонической болезни необходима оценка тяжести заболевания и выявление возможных осложнений. С этой целью беременную, страдающую гипертонической болезнью, трижды за время беременности госпитализируют в стационар:

* ***1-я госпитализация*** – до 12 недель беременности. При обнаружении ***2А стадии*** заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др. ***2Б и 3 стадии*** служат показанием для прерывания беременности.
* ***2-я госпитализация*** в 28-32 недели – период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обследование больной и коррекцию проводимой терапии.
* ***3-я госпитализация*** должна быть осуществлена за 2-3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.

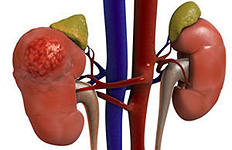
***Чаще всего роды проводят через естественные родовые пути.***

* ***в первом периоде*** необходимо адекватное обезболивание, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия;
* ***в период изгнания*** гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В зависимости от состояния роженицы и плода 2 период сокращают, производя ***перинеотомию*** или ***наложение акушерских щипцов***.
* ***в последовом периоде родов*** осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода

**Беременность и заболевания почек.**

Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода при пиелонефрите, гломерулонефрите и мочекаменной болезни. Осложнения для матери и плода**.** Оказание неотложной помощи при приступе

почечной колики



Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность, ***как для матери, так и плода***.

* рано развиваются и тяжело протекают гестозы;
* часты самопроизвольные выкидыши;
* преждевременные роды;
* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
* внутриутробное инфицирование плода, его гипотрофия и хроническая гипоксия;
* рождение незрелых недоношенных детей, мертворождения;
* острая почечная недостаточность;
* септицемия, септикопиемия, бактериальный шок.

Беременных с почечной патологией относят к группе высокого риска. В свою очередь беременность может способствовать возникновению почечной патологии, либо обострению, латентно протекающих до беременности, хронических заболеваний почек.

***Пиелонефрит -*** это наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%), при котором страдает концентрационная способность почек. Чаще всего пиелонефрит обнаруживают в сроке беременности - 12-15 недель, 24-29 недель, 32-34 недели, 39-40 недель, в послеродовом периоде на 2-5 и 10-12 сутки.

***Беременные,*** больные пиелонефритом, ***должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания***, при появлении признаков позднего гестоза, ухудшении состояния плода (гипоксия, гипотрофия.) ***Лечение*** пиелонефрита беременных и родильниц проводят по общим принципам терапии воспалительного процесса почек под контролем посева мочи и чувствительности к антибиотикам

***Родоразрешение*** проводят через естественные родовые пути. Кесарево сечение в условиях инфицированного организма крайне нежелательно и его выполняют ***строго по*** ***акушерским показаниям***. В 10% случаев проводят ***досрочное родоразрешение*** при сочетании пиелонефрита с тяжелым гестозом и при отсутствии эффекта от проводимой терапии. ***В послеродовом периоде*** лечение пиелонефрита продолжают не менее 10 дней. Женщину выписывают из роддома под наблюдение уролога.

***Гломерулонефрит*** беременных - от 0,1% до 9%. Это инфекционно-аллергическое заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек.

В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности.

* ***острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности.*** После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3-5 лет.
* ***хронический гломерулонефрит в стадии обострения*** с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности.

Ведение и лечение женщин с гломерулонефрит проводят совместно акушер и нефролог. ***Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, позднего гестоза, гипоксии и гипотрофии плода.***

В сроке ***36-37 недель*** необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

***Показания досрочного родоразрешения:***

* обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек;
* присоединение тяжелых форм позднего гестоза;
* отсутствие эффекта от проводимого лечения.

Назначают подготовку родовых путей и общепринятые схемы родовозбуждения. В родах применяют спазмолитики, анальгетики, проводят профилактику кровотечения.

***2 период родов*** ведут в зависимости от цифр АД, состояния плода ***(управляемая гипотония, акушерские щипцы, перинеотомия***). Кесарево сечение у беременных с гломерулонефритом производят редко, в основном, по акушерским показаниям.

***В послеродовом периоде*** при ухудшении состояния родильницу переводят в специализированный стационар, в дальнейшем она находится под наблюдением терапевта или нефролога.

***Мочекаменная болезнь и беременность.***

***Клиника*** характеризуется классической триадой:

* боль;
* гематурия;
* отхождение конкрементов

Приступ характеризуется внезапным появлением боли в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, в ногу, эпигастрий.

***С целью купирования приступа почечной колики*** применяют следующие медикаментозные средства:

* 2% раствор промедола 1,0 мл в/м,
* 50% раствор анальгина 2,0 мл в/м,
* баралгин 5 мл в/м,
* 2% раствор папаверина 2 4 мл в/м,
* 2% раствор НО-ШПЫ 2 мл, в/м
* 1% раствор димедрола, 1,0 мл
* 2-2,5% пипольфена 2 мл.
* цистенал по 20 капель,
* ависан по 0,05 3 раза в день.

Оперативное лечение МКБ в плановом порядке у беременных не проводят. Экстренно оперируют женщин с наличием длительно не купирующейся почечной колики, при анурии, атаке острого пиелонефрита и, когда путем катетеризации лоханок, не удалось восстановить отток мочи.

***Аномалии развития почек и беременность.*** Клинические формы аномалий: ***дистопия почек, удвоенная почка, аплазия одной почки, подковообразная почка.*** При аплазии одной почки должна быть хорошо обследована функция второй почки. Если она полностью сохранена, беременность можно оставить. Такая же тактика должна быть при установлении у беременной подковообразной или удвоенной почки.

Если почка расположена в малом тазу, то она может стать препятствием для нормального течения родового акта, или в процессе родов подвергнуться серьезной травме. Поэтому заблаговременно решают вопрос о ведении беременности и родов.

***Бессимптомная бактериурия***. Наблюдается по данным различных авторов от 45 до 10% беременных женщин. Это такое состояние, когда значительное количество вирулентных микроорганизмов находят в моче женщины без каких либо клинических симптомов инфекции мочевых путей. Беременные должны быть подвергнуты тщательному обследованию на предмет выявления латентно протекающего заболевания мочевой системы.

**ВСПОМНИ!**

**Принципы лечения пиелонефрита**

1. Госпитализация при обострении заболевания в профильное отделение

2. Госпитализация при появлении симптомов преэклампсии , ухудшении состояния плода ( гипоксия и СЗРП) в учреждение родовспоможения

3. Обильное питье ( объем жидкости -2-2,5 л) : чистую воду, витаминизированные отравы (клюквенные морсы)

4. Вне обострения рекомендована длительная терапия фитоуросептиками

5. Коленно-локтевое положение на 10-20 минут 3-4 раза в день

6. Антибактериальная терапия с учетом вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам( ампициллин, оксациллин, пенициллин,цефалоспорины). Сказать дозу, кратность, куда!!!

7. При наличии симптомов интоксикации проводят инфузионную дезинтоксикационную терапию! Хирургическое лечение при формировании абсцесса или карбункула почки: декапсуляция почки, нефростомия, нефрэктомия.

**Ведение родов при пиелонефрите**

1. При обострении заболевани- роды в обсервационном отделении родильного дома через естественные родовые пути

2. Профилактика ГСИ

3. Кесарево сечение только по строгим акушерским показаниям

4. В послеродовом периоде лечение пиелонефрита продолжают.

Женщину выписывают из роддома под наблюдением уролога.

**Течение и ведение беременности при хроническом гломерулонефрите**

1. Беременные находятся под постоянным наблюдением акушера и нефролога.

2. При сроке беременности 36-37 недель дородовая госпитализация для выбора метода родоразрешения и подготовки к родам. Так как часта преэклампсия, когда мы не можем диагностировать , что это высокая декомпенсация гломерулонефрита(высокие потери белка в организме) или все-таки присоединилась преэклампсия.

**Осложнения беременности**

1. Преэклампсия

2. Невынашивание

3. ПН: Гипоксия и гипотрофия плода вплоть до его

внутриутробной гибели

**Беременность и заболевания эндокринной системы.**

Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода при сахарном диабете и заболеваниях щитовидной железы. Диабетическая фетопатия. Противопоказания для вынашивания беременности

***Сахарный диабет и беременность.***

******

Беременность рассматривается как диабетогенный фактор. Гестационный диабет развивается у тучных женщин, при наличии диабета у родственников и при отягощенном акушерском анамнезе (самопроизвольный выкидыш, мертворождение, многоводие, рождение в прошлом крупных детей). Диабет беременных исчезает через 2-12 недель после родов.

Больные сахарным диабетом жалуются на сухость во рту, жажду (по­лидипсия), потребление увеличенного количества жидкости (более 2 л), полиурию, повышенный или пониженный аппетит, слабость, похудание, зуд кожи, особенно в области ануса, половых органов, нарушение сна. Выражена склонность к гнойничковым заболеваниям кожи: пиодермии, фурункулезу.

При наличии СД во время беременности в первую очередь должен быть решен вопрос о допустимости ее сохранения и вынашивания. Беременность можно вынашивать при полной компенсации диабета, которая достигается назначением диеты и инсулинотерапией.

***Противопоказанием для беременности являются:***

* наличие СД у обоих родителей;
* инсулинреистентный диабет с наклонностью к кетозу;
* ювенильный диабет, осложненный ангиопатиями;
* сочетание диабета с резус-конфликтом и активным туберкулезом.

В женской консультации беременная наблюдается акушером-гинекологом и эндокринологом в первой половине раз в 2 недели, а потом еженедельно.

Учитывая стадийность течения диабета во время беременности и возможные ее осложнения, необходима госпитализация для подбора дозы инсулина в срок:

* ***10 недель;***
* ***20-24 недели;***
* ***28-32 недели (риск присоединения ПТБ);***
* ***34 недели (для подготовки к родам).***

В связи с нарастающей плацентарной недостаточностью к концу беременности возрастает опасность антенатальной гибели плода. В то же время плод достигает крупных размеров, что увеличивает частоту несоответствия между размерами головки плода и таза матери. Все это диктует необходимость досрочного родоразрешения в срок 35-36 недель. Но плод остается функционально незрелым

Несомненно, что при любом осложнении беременности беременная должна быть госпитализирована (***угроза прерывания беременности, многоводие, ПТБ, внутриутробная гипоксия плода и т.п.).*** Возникновение декомпенсации в любой срок беременности является показанием для ее прерывания.

У беременных при СД легко присоединяется инфекция, особенно мочевыделительной системы (до 20%), а это обуславливает высокую частоту послеродовых инфекционных осложнений. Почти у каждой четвертой беременной с СД развивается многоводие, которое сочетается с ПТБ, уродствами плода и сопровождается высокой перинатальной смертностью до 30%.

Развитие многоводия при СД является не только следствием высокой концентрации глюкозы в околоплодных водах, но и сосудистыми поражениями матки и нарушением параплацентарного обмена.

***В родах*** также возникают осложнения, связанные с СД, которые увеличивают частоту оперативных вмешательств в родах и перинатальную смертность:

* слабость родовых сил и затяжное течение родов, связанное с нарушением энергообмена, крупным плодом;
* гипоксия плода, обусловленная специфической маточно-плацентарной недостаточностью из-за поражения сосудов.

Выбор метода родоразрешения определяется размерами плода и таза матери, осложнениями беременности, состоянием плода и осложнениями родов (слабость, безводный период). Предпочтение отдается родоразрешению через естественные родовые пути, но с учетом сочетанных показаний частота родоразрешений кесаревым сечением у беременных с СД достаточно высока.

В процессе ведения родов инсулинотерапия осуществляется препаратами быстрого действия под контролем сахара крови через 2-4 часа.

***В раннем послеродовом периоде*** содержание сахара крови определяют через 2 часа, чтобы не пропустить гипогликемию.

В позднем послеродовом периоде и в периоде лактации потребность в инсулине меньше, чем до беременности. Таковы некоторые особенности течения СД во время беременности.

Лечение ПТБ у беременных с СД осуществляется по общим правилам, но требует осторожного применения нейролептиков (аминазин, дроперидол), особенно при наклонности к гипогликемии и диуретиков. Неэффективность терапии ПТБ на фоне СД требует прерывания беременности;

Дети у женщин, больных сахарным диабетом, рождаются крупными за счет жировой ткани (масса более 4500 г, рост 55-60 см). Характерна ***диабетическая фетопатия*** которая проявляется следующими признаками:

* отечность,
* цианоз,
* лунообразное лицо,
* гипертрихоз,
* кожные петехии,
* избыточное отложение жира),
* незрелость.

Эти дети значительно хуже адаптируются в раннем неонатальном периоде.

Врожденные пороки развития встречаются в 2-4 раза чаще, чем при нормальной беременности, многие из которых несовместимы с жизнью

**ЗАПОМНИ!**

**NB**! Если хоть один раз глюкоза выше 5, 1 , то диагноз СД, во время беременности!!!

**NB!** Если уровень глюкозы более 7, то это манифестный СД. Лечить вместе с эндокринологом!!!

**Гестационный лечат гинекологи**.

○ Течение беременности осложняется развитием преэклампсии в 25-65% случаев, тяжелые формы которой отмечаются в 2,9-3,7% наблюдений.

○ Дистоция плечиков плода при ГДС достигает 6,3%, перелом ключицы у новорожденного -19%, паралич Эрба-7,8%, тяжелая асфиксия-5,3%.

○ Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20% новорожденных. У этих детей высока вероятность развития гиперинсулинизма и постнатальнойгипогликемии , полицетемии и гипербилирубинемии, а также респираторного дистресс- синдрома и неврологических нарушений. Показатели перинатальной смертности новорожденных с массой тела 4 кг и более в 1,5-3 раза выше , чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами.

○ Макросомия- это клиническое несоответствие в родах из –за крупного плода

○ Дистоция плечиков –это когда верхнее плечо не выводится из под лона

**Диабетическая фетопатия**

Гипертрофическая форма диабетической фетопатии характеризуется макросомией плода( масса тела обычно выше 4 кг) за счет ожирения.

Длина тела, как правило, средняя. Увеличены размеры и масса плаценты. Типично « кушингоидное» ожирение с преимущественным отложением

жира на лице и туловище , относительно тонкие конечности, отечность тканей, чаще спины и конечностей.

Гипопластическая форма диабетической фетопатии характеризуется задержкой внутриутробного развития с низкой массой тела при рождении , уменьшенными размерами плаценты и более тяжелыми симптомами внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении

**Осложнения во время беременности**

Первая половина беременности у больных СД:

-угроза самопроизвольного выкидыша.

Вторая половина беременности у больных СД:

- преэклампсия

-многоводие

-угроза преждевременных родов

-гипоксия плода

-инфекции мочевыводящих путей

**Осложнения во время родов**

-слабость родовых сил

-несвоевременное излитие околоплодных вод

- гипоксия плода

-клинически узкий таз

-затрудненное рождение плечевого пояса ( дистоция плечиков)

-развитие эндометрия в родах

-родовой травматизм матери

***Беременность и тиреотоксикоз***

Распространенность тиреотоксикоза во время беременности составляет 0,1-0,2%. Основная причина тиреотоксикоза - ***диффузный токсический зоб.***

***Этиология***неизвестна. Обнаружено, что у 15% больных диффузным токсическим зобом кто-либо из родственников болен таким же заболеванием. Это свидетельствует о наследственной предрасположенности к нему .Более чем у 90% больных в сыворотке определяются тиреостимулирующие антитела.

***Клиническая картина тиреотоксикоза***

Легкий и умеренный тиреотоксикоз у беременных диагностировать нелегко, так как тахикардия, повышение систолического АД и пульсового давления встречаются у них и в норме. На тиреотоксикоз указывает потеря веса на фоне хорошего аппетита и постоянная тахикардия. О заболевании также свидетельствуют экзофтальм и микседема. Щитовидная железа обычно диффузно увеличена, над ней выслушивается сосудистый шум. Другие симптомы - тремор, общая слабость и онихолизис (отслоение ногтей от мягкой ткани паоьца).

***Осложнения у матери и плода***

При нелеченном тиреотоксикозе прогноз для беременности неблагоприятен - высок риск самопроизвольного аборта, преждевременных родов и врожденного тиреотоксикоза.

Врожденный тиреотоксикоз обусловлен повышением секреции гормонов щитовидной железой плода (вследствие переноса через плаценту тиреостимулирующих антител). Заболевание может проявиться как после рождения, так и внутриутробно. Риск заболевания зависит от уровня тиреостимулирующих антител у матери, а не от наличия у неё тиреотоксикоза. Таким образом, больной ребенок может родиться даже у женщины с нормальной функцией щитовидной железы, у которой в прошлом был диффузный токсический зоб. Для оценки риска врожденного тиреотоксикоза в сыворотке матери измеряют уровень тиреостимулирующих антител.

При приеме матерью антитиреоидных препаратов они проникают через плаценту и полностью блокируют функцию щитовидной железы плода. Вследствие этого у плода развивается гипотиреоз и зоб. Заместительная терапия тиреоидными гормонами не предупреждает этого осложнения, поскольку они не проникают через плаценту. Значительное увеличение щитовидной железы приводит к разгибанию головки плода. Формируется лобное предлежание, при котором самопроизвольные роды в большинстве случаев невозможны. Показано кесарево сечение.

Врожденный тиреотоксикоз проходит примерно через 1-3 мес. Отдаленные последствия легкого внутриутробного гипотиреоза изучены недостаточно. Большинство исследований показали, что IQ детей, внутриутробно подвергшихся действию антитиреоидных препаратов, не отличается от такового у их братьев или сестер, не подвергшихся их действию, а также ровесников, родившихся от здоровых матерей. Сразу после рождения у ребенка осматривают щитовидную железу и исследуют ее функцию.

Повышением уровня свободного Т4 и незначительным повышением уровня ТТГ в сыворотке может сопровождаться неукротимая рвота беременных. После прекращения заболевания эти показатели возвращаются к норме.

***Лечение***

При диффузном токсическом зобе у беременных возможны два метода лечения: назначение антитиреоидных препаратов и хирургическое вмешательство. Радиоактивный йод во время беременности противопоказан, так как легко проникает через плаценту.

**Беременность и заболевания органов пищеварения.**

Течение и ведение беременной, роженицы и родильницы с заболеваниями органов пищеварения. Дифференциальная диагностика и профилактика осложнений в родах и послеродовом периоде

Наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта не является абсолютным противопоказанием к беременности. Основными нарушениями со стороны ЖКТ при беременности являются рефлюкс-эзофагит с выраженной изжогой и запоры.



Впервые ***изжога*** начинает беспокоить беременную примерно с 20-22-й недели, однако она возникает периодически и быстро проходит. С 30 недель на частую изжогу жалуются около 1/3 всех беременных, а к 38-й неделе их количество возрастает до 75%.



Иногда это ощущение настолько мучительно, что напоминает приступ стенокардии. В таких случаях беременным следует назначать антацидные препараты типа алмагеля, жженой магнезии, а также отвар подорожника.

Помимо гипотонии гладкой мускулатуры кишечника, причиной ***запоров*** при беременности может быть синдром «раздраженной кишки». Психосоматическая природа синдрома при беременности может быть обусловлена своеобразной реакцией дезадаптации женского организма.

Необходимо стремиться к нормализации стула, поскольку запоры плохо сказываются не только на самочувствии будущей матери, но и на сократительной функции мускулатуры матки. Сильное натуживание при акте дефекации может вызвать преждевременное повышение тонуса матки и привести к угрозе прерывания беременности.

Частота стула при запорах может варьировать от 2-3 раз до 1 раза в неделю и реже. У некоторых пациенток стул ежедневный, но акт дефекации затруднен или опорожнение кишечника неполное. При лечении запоров у беременных основным методом должна являться диета, поскольку большинство растительных слабительных повышают тонус мускулатуры матки.

Можно рекомендовать регулярно использовать в рационе питания следующие продукты: вареная свекла, растительное масло, бифидокефир чернослив без косточек или кураги, пшеничные отруби, которые обдают кипятком и употребляют в чистом виде или добавляют в жидкие блюда.

***Язвенная болезнь желудка.***

В последние годы наблюдается рост заболеваемости ***язвенной болезнью*** у женщин, что объясняется увеличением стрессовых влияний, возрастающей частотой семейной неустроенности, социальной активностью женщин. Беременные с этой патологией должны наблюдаться у гастроэнтеролога. Показано исследование кала на скрытую кровь на протяжении беременности, прием поливитаминов с микроэлементами, профилактическое противорецидивное лечение в I триместре, за 2 -3 недели до родов и в послеродовом периоде, госпитализация в 38 недель беременности.

Беременных женщин, страдающих хроническими заболеваниями ЖКТ можно отнести к группе риска по развитию таких осложнений беременности и родов, как анемия, ранний гестоз, гипотоническое маточное кровотечение..

**Беременность и заболевания бронхолёгочной системы**.

Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода при бронхиальной астме. Прогноз для матери и плода.



***Анатомические и физиологические изменения легких*** во время беременности связаны, с одной стороны, с обеспечением потребностей растущего плода, с другой - с приспособлением к изменению размеров матки. Потребность в кислороде у беременных повышается на 20%.

Под влиянием прогестерона повышается чувствительность дыхательного центра к углекислому газу, что приводит к гипервентиляции. Анатомические изменения включают увеличение подгрудинного угла на 35° и диаметра грудной клетки. При рентгенографии часто обнаруживают высокое стояние диафрагмы и усиление легочного рисунка.

Субъективно одышку отмечают 76% беременных. Она, объясняется повышением чувствительности к углекислому газу и обычно проходит перед родами. Поверхностное учащенное дыхание в норме наблюдается только в родах. При обнаружении этого симптома во время беременности требуется обследование.

***Бронхиальная астма и беременность.***

***Бронхиальная астма*** встречается у 0,4—1,3% беременных. В половине случаев беременность не влияет на течение заболевания, в 29% случаев состояние улучшается, в 22% - ухудшается. У одной и той же женщины во время разных беременностей заболевание может протекать неодинаково.

***Влияние на плод*.** Перинатальная смертность при бронхиальной астме повышается в 2 раза. Если же лечение бронхиальной астмы эффективно, уровень перинатальной патологии не отличается от такового среди населения в целом.

***Ведение беременности***

***Обследование.***

***При сборе анамнеза у женщины***:

* выясняют частоту и тяжесть приступов,
* сведения о предшествующей госпитализации,
* информацию о том, какое лечение проводилось в прошлом и проводится в настоящий момент.

***Физикальное исследование:***

* определяют ЧСС и частоту дыхания;
* проводят аускультацию легких;
* исследование газов артериальной крови для определения дыхательной недостаточности.
* при подозрении на инфекцию дыхательных путей проводят рентгенографию грудной клетки с экранированием живота.

***Лечение.*** Считается, что в отсутствие лечения бронхиальной астмы риск осложнений у матери и плода выше, чем от применения лекарственных средств. Ингаляционные бронходилататоры и кортикостероиды не влияют на риск врожденных пороков у плода и исход беременности

**Гинекологическая патология и беременность.**

***Воспалительные заболевания половых органов и беременность.***

Беременность способствует возникновению и рецидивированию ***кандидозного вульвовагинита.*** Заболевание характеризуется зудом, жжением и гиперемией вульвы и влагалища, а также характерными творожистыми выделениями. В I триместре беременности препараты для лечения заболевания (клотримазол и др.) назначают с осторожностью, так как они могут всасываться слизистой влагалища.

***Трихомонадный кольпит*** характеризуется обильными гноевидными пенистыми выделениями из половых путей с неприятным запахом, а также зудом и жжением вульвы и болезненностью при мочеиспускании.

Беременным проводят местное лечение раствором повидон-йода или свечами с клотримазолом. В тяжелых случаях назначают метронидазол (только во 2 и в 3триместрах беременности).

***Острый сальпингит***. Беременность редко сочетается с острыми или хроническими воспалительными заболеваниями маточных труб. Дифференциальную диагностику проводят с острым аппендицитом, перекрутом ножки новообразования яичника, угрожающим абортом и внематочной беременностью. Поскольку все эти заболевания встречаются намного чаще острого сальпингита и имеют сходную клиническую картину, их необходимо исключить в первую очередь. ***Лечение*** такое же, как у не беременных женщин. ***Осложнения*** — гибель плода и инфицированный аборт.

***Неправильное положение матки и беременность.***

***Гиперантефлексия матки*** чаще возникает в конце 3триместра беременности. Заболевание обусловлено слабостью мышц передней брюшной стенки и возникает почти исключительно у многорожавших женщин.

***Осложнения*** включают нарушения предлежания и вставления головки плода в малый таз. Для профилактики осложнений рекомендуется носить бандаж. Правильно подобранный бандаж особенно помогает во втором периоде родов.

***Миома матки и беременность.***

***Миома матки*** у беременных обычно протекает бессимптомно. ***Осложнения миомы матки*** включают:

* неправильное предлежание плода;
* препятствие движению плода по родовым путям (роды заканчивают операцией кесарева сечения);
* преждевременную отслойку плаценты;
* кровотечение в послеродовом периоде;
* нарушение кровоснабжения миоматозного узла (наблюдаются острая боль в животе, матка болезненна при пальпации, отмечается лейкоцитоз)

В отдельных случаях, когда из-за множественных узлов трудно ушить матку после операции, производят экстирпацию матки. Кроме этого, экстирпация может потребоваться в случае тяжелого послеродового кровотечения при субмукозной миоме матки.

**Инфекционные заболевания и беременность.**

Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода на фоне инфекций передаваемых половым путём. Течения беременности, родов и послеродового периода у ВИЧ-инфицированных пациентов.



***Венерические заболевания***, обнаруженные во время ***беременности****,* следует обязательно лечить, поскольку заболевания могут вызвать осложнения не только у женщины, но и у будущего ребенка, передаваясь ему так называемым ***«вертикальным*» путем**, т.е. во время родов при прохождении ребенка через родовые пути.

***Течение и ведение беременности при сифилисе.***

Беременность не влияет на течение первичного и вторичного сифилиса.

В отсутствие лечения 25% беременностей заканчиваются гибелью плода, еще в 25—30% случаев новорожденные погибают вскоре после родов, а у 40% выживших детей симптомы сифилиса появляются через 3 недели после рождения.

Лечение матери до 16-й недели беременности предотвращает врожденный сифилис у ребенка. Лечение, начатое после 16-й недели беременности, устраняет инфекцию, однако у ребенка могут наблюдаться изменения, характерные для врожденного сифилиса.

***Лечение*** первичного, вторичного и третичного сифилиса проводят пенициллинами. При аллергии к пенициллинам назначают эритромицин. Тетрациклины беременным противопоказаны.

***Профилактика.*** Всем беременным, впервые обратившимся к врачу, проводят серологическое исследование на сифилис.

***Течение и ведение беременности при гонорее.***

Хроническая гонорея может обостряться сразу после родов. При этом высок риск гонококкового сепсиса. При острой гонорее беременность может осложниться преждевременным излитием околоплодных вод, самопроизвольным абортом и преждевременными родами, хориоамнионитом, может развиться гонококковый артрит.

Заражение плода происходит внутриутробно(инфекция проявляется гонококковым сепсисом новорожденного) или во время родов (может приводить к гонококковому конъюнктивиту, наружному отиту и вульвовагиниту). Лечение гонореи беременных проводится по общепринятой схеме с учётом влияния лекарственных средств на плод.

С целью профилактики гонобленнореи закладывается тетрациклиновая мазь в глаза новорожденному.

Выявленное венерическое заболевание можно начинать лечить только после двенадцатой недели беременности, когда уже сформированы все системы будущего ребенка. До этого момента можно назначать только препараты местного назначения. В качестве дополнительной терапии женщине нужно обеспечить нормальный сон, здоровое питание и избавить от стрессов. Это поможет организму противостоять заболеванию и способствовать более или менее нормальному течению беременности.

***Планирование беременности с ВИЧ.***

ВИЧ не препятствует наступлению беременности, но перед планированием необходимо взвесить все за и против, потенциальную опасность заражения плода и осложнений во время беременности.

Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и акушером-гинекологом.

В период диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированной беременной и родов рекомендуется избегать любой процедуры, при которой нарушается целостность кожи, слизистых оболочек или увеличивается возможность контакта плода с кровью матери ***(амниоцентез, взятие проб ворсин хориона и т. д.)***.

***Во время родов*** нежелателен длительный безводный период (более 4 часов), так как риск инфицирования ребенка, по данным исследований, увеличивается в 2 раза. При ведении родов через естественные родовые пути рекомендуется обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании.

Новорожденному ребенку проводится гигиеническая ванна с 0,25% раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды).

Все акушерские манипуляции (процедуры) должны быть строго обоснованы. При живом плоде не рекомендуются:

* родовозбуждение,
* родоусиление,
* перинео- эпизиотомия,
* наложение акушерских щипцов,
* вакуум-экстракция плода и т. д.

Все эти процедуры повышают риск инфицирования плода, и их назначение возможно лишь по жизненным показаниям.

Плановое ***кесарево сечение*** до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод (по достижении 38 недели беременности) предотвращает контакт плода с инфицированными секретами материнского организма и поэтому может являться методом профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку .Вместе с тем, ВИЧ-инфекция не является абсолютным показанием к кесареву сечению.

Решение о ***способе родоразрешения*** принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции (***патологической кровопотери и развития септических осложнений).***

Кроме того, в последние годы был разработан ***профилактический курс лечения беременных***, направленный на снижение риска передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку во время родов. Это лечение направлено не на стабилизацию состояния матери, а именно на защиту плода от инфицирования вирусом иммунодефицита человека.

При таком лечении риск заражения ребенка снижается примерно на 2/3. После родов лечение прекращается. Некоторый риск передачи ВИЧ от матери ребенку существует при грудном вскармливании, поэтому рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей детям, как правило, рекомендовано искусственное питание.

**Беременность и роды при резус-несовместимости крови матери и плода.**

***Резус иммунизацией*** (Rh сенсибилизацией или Rh конфликтом) называется появление у беременной резус антител в ответ на попадание в кровоток плодовых эритроцитарных антигенов.

Другими словами **– *это несовместимость матери с резус-отрицательной группой крови с ребенком, имеющим резус положительную группу крови.***

Резус антиген – это белок, находящийся в эритроцитах большинства людей и их кровь является положительной по системе резус, а кровь тех лиц, у кого нет этого белка, соответственно, называется резус отрицательной.

У резус-положительных родителей вполне может родиться резус-отрицательный ребенок. В этом случае между «положительной» мамой и ее «отрицательным» ребенком складываются весьма мирные, бесконфликтные отношения: такое сочетание ничем не грозит ни женщине, ни плоду.

При наличии у матери и отца ребенка резус отрицательной группы крови, у ребенка также отрицательный резус-фактор.

А вот при наличии у матери резус-отрицательной крови, а у отца положительной, резус-положительный плод встречается у 60% беременных, однако только в 1,5% этих беременностей развивается несовместимость.

Как правило, при повторной беременности вероятность несовместимости выше, чем при первой.

***Механизм развития резус-конфликта.***

Если резус-положительные эритроциты встречаются с резус-отрицательными, то происходит их слипание - агглютинация. Чтобы этого не произошло, иммунная система резус-отрицательной матери вырабатывает специальные белки – ***антитела,*** которые соединяются с Rh белком в мембране эритроцитов плода (***антигенами***), препятствуя слипанию их с собственными эритроцитами матери.



Контакт эритроцитов плода с антителами происходит в пространстве ***между стенкой матки и плацентой***. При первой встрече плодовых резус-положительных эритроцитов с иммунной системой резус-отрицательной матери происходит ***выработка IgM, размер которых слишком велик,*** чтобы проникнуть через плацентарный барьер. Именно поэтому, как правило, во время первой беременности резус-отрицательной матери резус-положительным плодом конфликт возникает сравнительно редко.

Несовместимость развивается при повторном попадании антигенов плода (Rh положительных эритроцитов) в кровоток резус-отрицательной матери, иммунная система которой в таком случае ***массивно вырабатывает IgG, которые, имея меньшие размеры,*** проникают через плаценту и ***вызывают гемолиз, т.е. разрушение эритроцитов плода ,***приводящему к токсическому поражению почти всех органов и систем плода продуктом распада гемоглобина - ***билирубина.*** В первую очередь поражается центральная нервная система плода, печень, почки и сердце, в полостях и тканях его накапливается жидкость, которая препятствует нормальному функционированию органов и систем вплоть до внутриутробной гибели в тяжелых случаях.

***Факторы риска резус конфликта делятся на:***

1.Любой вид прерывания беременности:

* выкидыш,
* инструментальный и медикаментозный аборты;
* внематочная беременность
* роды, а именно, в третий период, когда происходит отделение плаценты от стенки матки;
* преждевременная отслойка плаценты, которая сопровождается кровотечением из сосудов плаценты;
* любые инвазивные методы исследования: (амниоцентез, кордоцентез – пункция плодного пузыря или пуповины)

2.Иммунизация при переливании крови.

***Клиническая картина резус-конфликта.***

Клинические проявления у пациентки отсутствуют, её состояние не страдает. Симптомы гемолитической болезни у плода во время беременности можно обнаружить только при ультразвуковом исследовании, ими являются:

* накопление жидкости в полостях (брюшной, грудной, в полости околосердечной сумки); вследствие накопления жидкости в брюшной полости плода размеры животика увеличиваются;
* плод принимает определенную позицию «позу Будды» (когда в отличие от нормы, конечности отведены от увеличенного в размерах животика);
* увеличение размеров печени и селезенки;
* увеличение размеров сердца;
* появляется «двойной» контур головки (в результате отека мягких тканей головы);
* отек и, соответственно, утолщение плаценты и увеличение диаметра вены пуповины.

В зависимости о преобладания того или иного признака, выделяют три формы гемолитической болезни плода: ***отечную, желтушную и анемическую.***

Наиболее прогностически неблагоприятной формой гемолитической болезни плода является ***отечная***. Такие дети часто требуют лечения в условиях отделения детской реанимации и интенсивной терапии, заменного переливания крови. Наиболее ***прогностически благоприятной*** формой является анемическая форма, (в зависимости от выраженности анемии). При желтушной форме определяющим критерием является ***уровень билирубина***. Чем он выше, тем более высока возможность поражения центральной нервной системы плода, которое проявляется в дальнейшем слабоумием, тугоухостью.

***Диагностика резус-конфликта и тактика ведения беременной.***

При постановке на учет по беременности показано ***определение группы и резус-фактора крови, как самой беременной, так и отца ребенка*** в плановом порядке. При наличии резус-отрицательной крови у матери и резус-положительной крови у отца, беременным проводят анализ крови на антитела 1 один раз в месяц. Отслеживают динамику титра антител до 20 недель беременности в женской консультации, а после 20 недель направляют в специализированные центры для определения дальнейшей тактики ведения, проведения лечения (при необходимости) и решения вопроса о методе и сроках родоразрешения. Начиная с 18 недель, проводят оценку состояния плода при помощи УЗИ.

***Лечение резус-конфликта.***

В современном акушерстве единственным методом лечения с доказанной эффективностью является внутриутробное переливание крови, которое проводится при выраженной анемии (малокровии) у плода. К сожалению, несмотря на значительные успехи в области коррекции состояния плода, самым эффективным способом является прекращение поступления к нему материнских антител, чего можно достигнуть только ***родоразрешением***

Считается, что кесарево сечение является более щадящим для плода, в связи с чем в тяжелых случаях прибегают именно к нему. При удовлетворительном состоянии плода, сроках беременности свыше 36 недель, у повторнородящей возможно ведение родов через естественные родовые пути с тщательным мониторным контролем состояния плода, профилактикой внутриутробной гипоксии. При ухудшении его состояния в родах, план ведения может быть пересмотрен в пользу кесарева сечения.

***Профилактика резус-конфликта.***

В настоящее время с целью профилактики резус сенсибилизации применяют человеческий антирезусный иммуноглобулин D:

* в сроке беременности 28 недель при отсутствии антител в крови матери, так как именно в этом сроке резко возрастает риск контакта антител матери с эритроцитами плода;
* в течение 72 часов после родов в том случае, если пациентка планирует следующую беременность;
* следует проводить профилактику инъекцией препарата при любом исходе беременности: выкидыш, медикаментозный или инструментальный аборт, внематочная беременность, пузырный занос в течение 72 часов после прерывания.

**Течение и ведение родов при многоплодной беременности.**

1.Течение беременности при многоплодии.

2.Варианты предлежания плодов.

3.Фето-фетальный трансфузионный синдром, способы лечения

***Многоплодной*** считается беременность, при которой в организме матери формируется одновременно несколько плодов. Обычно их бывает двое, но возможно и большее их число. Для человека типичным считается вынашивание одного ребенка, а многоплодная беременность рассматривается как состояние на границе нормы и патологии.

Многоплодие создает повышенные, по сравнению с обычной беременностью, нагрузки и потому требует особого внимания к самочувствию матери и развивающихся плодов.

****

***Виды многоплодной беременности.***

***Полизиготное многоплодие*** (двуяйцовое, или неидентичное) возникает в результате овуляции и последующего оплодотворения нескольких яйцеклеток. В таких случаях плоды отличаются набором хромосом и имеют около 50% общих генетических черт, как обычные братья и сестры. Оплодотворения могут происходить следующим образом:

* овуляция нескольких яйцеклеток из одного или обоих яичников с одномоментным оплодотворением;
* овуляция нескольких яйцеклеток в одном фолликуле с последующим единовременным оплодотворением;
* оплодотворение нескольких созревших в один цикл яйцеклеток семенем разных мужчин;
* оплодотворение созревшей яйцеклетки на фоне уже существующей беременности.

***Монозиготная многоплодная*** беременность развивается после расщепления одной оплодотворенной яйцеклетки или в результате оплодотворения многоядерной яйцеклетки. В итоге формируются два (или более) генетически идентичных плода одного пола (однояйцовые). Такие дети имеют одинаковые черты лица, имеют одинаковые способности к обучению.

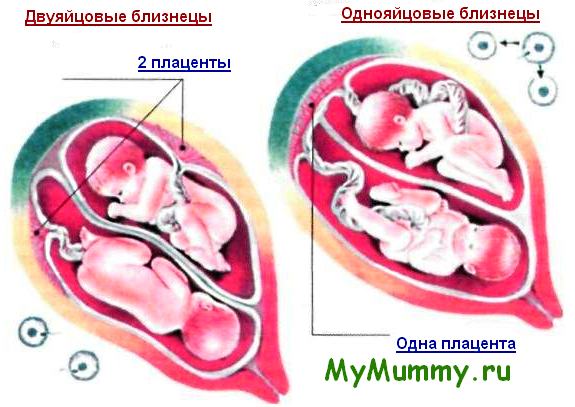
***Монозиготные близнецы*** в зависимости от дня расщепления могут иметь:

* собственную амниотическую полость и плаценту;
* общую плаценту и хориальную оболочку и отдельные амниотические полости;
* общую плаценту, амниотическую и хорионическую полости.

Позднее деление плодного яйца происходит в очень редких случаях и приводит к формированию сращенных эмбрионов.



***Полизиготные близнецы*** имеют каждый: собственный амнион (водная оболочка), хорион (ворсистая оболочка) и плаценту.



***Тройни*** могут быть моно- и полизиготными, а также могут иметь однояйцовую пару и одиночный плод. При большем количестве плодов может быть большее число вариаций. ***Четверня*** может состоять из: всех идентичных и всех неидентичных плодов, двух двоен, одной тройни и одиночного плода.

Причины многоплодной беременности до сих пор не ясны. Установлено несколько факторов, повышающих вероятность многоплодной беременности:

* наследственный фактор;
* этническая принадлежность;
* возраст матери;
* прекращение приема оральных контрацептивов;
* применение препаратов, стимулирующих овуляцию.



***Диагностика*** многоплодной беременности на ранних сроках наблюдения (до 28 недель) принципиально важна для последующего благополучного течения беременности и родов. Она позволяет своевременно предупредить возможные осложнения, а также оптимально спланировать родовой процесс.

Следует обращать внимание на размеры матки, не соответствующие сроку беременности, и быстрое её увеличение, регистрируемое на последующих приемах. Ультразвуковое исследование помогает выявить многоплодие уже на сроке в 8-12 недель в большинстве случаев, но возможны и ошибки.

На более позднем сроке при ультразвуковом исследовании может обнаружиться отмирание одного плода, или же наоборот, еще один плод, который раньше «прятался» за другого.



***Ведение многоплодной беременности.***

При пальпации матки в последнем триместре определяется три-четыре крупные части плода (две головки и два тазовых конца) и много мелких (ручки и ножки). При прослушивании слышны отчетливые сердечные тона в двух разных пунктах матки.

Окружность живота и высота дна матки также превосходят показатели, характерные для данного срока одноплодной беременности.

УЗИ при многоплодной беременности позволяет наблюдать за состоянием плодов, строением и функцией плаценты во избежание серьезного осложнения многоплодия, как фето-плацентарная недостаточность. После 30 недель беременности помимо УЗИ, необходимо еженедельно проводить допплерографию и кардиотокографию плодов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Даже при благоприятном течении беременности показано стационарное обследование на 28—30-й неделе с целью оценки состояния плодов и фето-плацентарного комплекса в целом, коррекции выявленных осложнений.

Повторную госпитализацию осуществляют за 2 - 3 недели до срока родов. При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана обязательная госпитализация на любом сроке беременности.

Фето-фетальный трансфузионный синдром или (перераспределение крови) возникает при многоплодной беременности идентичными близнецами, тройнями и т.д. Все плоды имеют одну общую плаценту. В результате происходит своеобразная «перекачка» крови от близнеца-донора к близнецу-реципиенту. Страдает при этом и донор, и реципиент. В тяжелых случаях ФФТ синдром может стать причиной гибели плодов.



**Течение и ведение рожениц и родильниц с многоплодной**

**беременностью.**



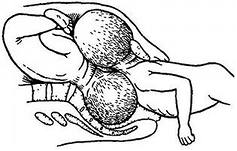
***При многоплодии беременную госпитализируют за две недели до установленного срока родов.*** По сравнению с одноплодной беременностью, роды при многоплодии наступают раньше, и время их прихода зависит от количества плодов. Благоприятный срок родов при двойне – 37 недель, а при тройне -35.

У плодов при многоплодной беременности, легкие раньше созревают, что позволяет им самостоятельно дышать при рождении раньше физиологического срока (38-42 недели). Дети, рожденные от одноплацентарной беременности (однояйцовые), имеют большее количество осложнений и физически немного хуже развиваются, чем дизиготные.

***Ведение родов при многоплодной беременности*** служит предметом врачебных дискуссий из-за большого количества осложнений. Даже при вступлении в роды через естественные родовые пути с нормальным потужным процессом и головным предлежанием всех плодов, роженица должна быть готова к проведению операции кесарева сечения в экстренном порядке.

***Осложнения родов при многоплодии:***

* большинство родов наступает преждевременно;
* часто масса новорожденных не превышает 2500 г;
* оба плода или один из них к началу родов находятся в тазовом предлежании (до 50%);
* в 10% случаев - поперечное положение;
* в 60% случаев несвоевременное (преждевременное или раннее) излитие околоплодных вод;
* выпадение пуповины и мелких частей, чему способствуют поперечные положения, тазовые предлежания и малые размеры плодов, при несвоевременно излившихся водах.
* в 20—30% родов выявляются аномалии родовой деятельности, чаще в виде слабости родовых сил;.
* период изгнания может осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты второго плода;
* гипоксия и родовые травмы плодов;
* патологическая кровопотеря;
* коллизия головок при моноамниотичекой двойне.



В современном акушерстве роды через естественные родовые пути проводят только при наличии двойни (под мониторным контролем). Тройня, четверня и т. д., как правило, требуют кесарева сечения в интересах плодов.

Оправдано профилактическое внутривенное капельное введение простагландина F2a и/или окситоцина с конца I периода до окончания раннего послеродового периода.

После рождения первого плода наступает пауза. В это время проводится наружное акушерское обследование, определяются положение и предлежание второго плода, выслушивается его сердцебиение. Черед 4-5 минут схватки возобновляются, производится влагалищное обследование для вскрытия плодного пузыря, и роды предоставляются естественному течению.

Период изгнания представляет большую опасность для второго плода. Так, он может оказаться в поперечном (косом) положении или происходит преждевременная отслойка его плаценты.



При ведении 2 периода родов необходимо помнить о факторе времени. Чем больше промежуток между рождением плодов, тем хуже прогноз для второго плода.

После рождения первого плода может наступить преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты второго плода. Об этом свидетельствуют появление кровянистых выделений из половых путей и ухудшение состояния плода.

Спасти плод может только срочное извлечение его акушерскими щипцами, вакуум-экстрактором или за ножку - в зависимости от акушерской ситуации. В случае применения акушерских операций во 2 периоде родов не следует забывать о проведении ручного обследования матки для проверки ее целости.

При многоплодной беременности 3 период родов также требует максимального внимания. Недостаточная сократительная деятельность матки в период раскрытия и изгнания плодов продолжается и во время отделения плаценты и выделения последа. Физиологическая кровопотеря наблюдается только у половины рожениц.

С целью профилактики кровотечения, в конце 2 периода родов (если роды вели без внутривенного введения сокращающих матку средств) одномоментно вводят метилэргометрин или окситоцин.

После рождения плаценты ее осматривают, обращают внимание на размер плацентарной площадки, строение оболочек и межплодовой перегородки. При осложненном течении родов своевременно принимают адекватные меры.

Перинатальная смертность при многоплодии в 2 раза чаще, чем при родах одним плодом. В современном акушерстве существует тенденция к расширению показаний к кесареву сечению в интересах плодов.

***Показания для кесарева сечения непосредственно связанные***

***с многоплодием:***

* тройня или большее количество плодов;
* поперечное положение обоих или одного плода;
* тазовое предлежание обоих или первого плода;
* коллизия (сцепление) головок плода;

***Показания к операции кесарева сечения при многоплодии,***

***не связанные напрямую с ним:***

* гипоксия плода;
* выпадение пуповины;
* упорная слабость родовой деятельности;
* преждевременное излитие вод;
* экстрагенитальная патология матери;
* тяжелые формы ОПГ-гестоза;
* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
* предлежание плаценты.

***Профилактика.***

Современные технологии, связанные с развитием экстракорпорального оплодотворения с последующей пересадкой эмбриона в матку, позволяют подвергать редукции «лишние» плоды и оставлять одного. Однако такая профилактика многоплодия - дело будущего. В настоящее время задача практических врачей состоит в предупреждении или уменьшении числа осложнений при многоплодной беременности.



**Невынашивание беременности**

**Актуальность**

- Частота НБ составляет 10-25% всех беременностей

- 5-10% составляют преждевременные роды

- На долю недоношенных детей приходиться свыше 50% мертворождений

- 70-80% ранней неонатальной смертности

- 60-70% детской смертности

- Недоношенные дети умирают в 30-35 раз чаще, чем доношенные

- Перинатальная смертность при НБ в 30-40 раз выше, чем при срочных родах

Невынашивание беременности- самопроизвольное прерывание от момента зачатия до 37 полных недель беременности.

**Классификация принятая ВОЗ**:

• Самопроизвольный выкидыш- потери беременности до 22 недель

• Преждевременные роды- с 23 до 37 недель беременности с массой плода от 500г и выше

**Клиническая классификация**:

***Самопроизвольный выкидыш***:

-ранний( до 12 недели беременности)

-поздний(12-22 недели беременности)

\*Первичное невынашивание- наличие в анамнезе у женщины подряд 2 и более

самопроизвольных прерываний беременности в сроках до 22 недель

***Преждевременные роды***( ПР):

-очень ранние ПР( 22-27 нед 6 дн)

-ранние ПР(28-30 нед 6дн)

-ПР(31-33 нед 6дн)

-поздние ПР(34-36 нед 6дн)

***Основные причины прерывания беременности***

1 триместр- нейрообменно-эндокринные синдромы(58,6%)

2 триместр-истмико-цервикальная недостаточность(34,2%)

3 триместр- осложнения беременности(61,1%)

***Угрожающий и привычный выкидыш***- признаки отсутствия эндогенного прогестерона:

-истинный дефицит-12%

-отсутствие связи с прогестероновым рецептором, при достаточной выработке эндогенного прогестерона

***Самопроизвольный выкидыш. Эпидемиология***

• Частота от 10 до 20% всех клинически диагностированных беременностей

• Около 80% этих потерь происходит до 12 недель беременности( при учете беременностей по определению уровня ХГЧ частота потерь возрастает до 31%, причем 70% этих выкидышей происходит до того момента, когда беременность может буть распознана клинически)

• В структуре спорадических ранних выкидышей 1/3 беременностей прерывается в сроке до8 недель по типу анэмбрионии

***Ранний самопроизвольный выкидыш***: причины

1. Хромосомные аномалии- до 50% спорадических выкидышей: аутосомные трисомии-52%, моносомии Х-19%, полиплодии-22%

2. Анатомические

3. Эндокринные

4. Инфекционные

5. Токсические

6. Иммунологические

***Факторы риска самопроизвольного выкидыша***

A. Возраст: у женщин от 20 до 30 лет риск 9-17%; в 35 лет-20%; в 40 лет-40%; в 45 лет-80%

B. Паритет: у женщин с двумя беременностями и более в анамнезе риск выкидыша выше

C. Наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе: риск повторного выкидыша при наличии одного выкидыша в анамнезе составляет 18-20%, два выкидыша-30%, после трех-43%

D. Курение: более 10 сигарет в день

E. Применение НПВС в период, предшествующий зачатию: увеличивает риск до 25%

F. Лихорадка: любого генеза

G. Травма, включая инвазивные методы пренатальной диагностики( хориоцентез, амниоцентез, кордоцентез)- риск составляет 3-5%

H. Употребление кофеина: более 100 мг кофеина(4-5 чашек)

I. Воздействие тератогенов(инфекционных агентов, токсических веществ, лекарственных препаратов с тератогенным эффектом)

J. Дефицит фолиевой кислоты: увеличивается риск аборта с 6 до 12 недель

K. Гормональные нарушения

L. Тромбофилические состояния

M. ЭКО:12 до 25% беременностей заканчиваются самопроизвольным выкидышем

***Невынашивание берменности: патогенез***

Влияние неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды, приводит к развитию недостаточности:

-желтого тела(синтез прогестерона)

-трофобласта(синтез прогестерона, ХГЧ)

Нарушается процесс имплантации плодного яйца( вплоть до гибели эмбриона)

Недостаток выработки прогестерона повышает сократительную активность миометрия( выкидыш)

***Классификация*** самопроизвольного выкидыша по клиническому течению:

1) угрожающий самопроизвольный выкидыш

2) Начавшийся самопроизвольный выкидыш

3) Аборт в ходу

4) Неполный самопроизвольный выкидыш

5) Полный самопроизвольный выкидыш

6) Несостоявшийся выкидыш

7) Инфицированный аборт

***В зависимости от распространения инфекционного процесса***:

1. Неосложненный инфицированный

2. Осложнённый инфицированный

3. Септический

***Угрожающий самопроизвольный выкидыш: клиника***

Болевой синдром: постоянные, реже схваткообразные боли внизу живота

Величина матки: соответствует сроку беременности

Характер кровотечения: скудное или отсутствует

Температура: нормальная

***Начавшийся самопроизвольный выкидыш: клиника***

Болевой синдром: схваткообразные боли

Величина матки: соответствует сроку беременности

Характер кровотечения: умеренные

Состояние шейки матки: укорочена, раскрытие наружного зева цервикального канала

Температура: нормальная или субфебрильная

***Аборт в ходу: клиника***

Болевой синдром: сильные схваткообразные боли

Величина матки: меньше предполагаемого срока беременности

Характер кровотечения: обильные, со сгустками

Состояние шейки матки: резко укорочена, в наружном зеве элементы плодного яйца

Температура: нормальная или субфебрильная

***Неполный самопроизвольный выкидыш***

Болевой синдром: незначительные боли постоянного характера

Величина матки: меньше предполагаемого срока беременности

Характер кровотечения: различной интенсивности, чаще незначительные

Состояние шейки матки: резко укорочена, цервикальный канал раскрыт

Температура: субфебрильная

***Несостоявшийся выкидыш***(неразвивающаяся, замершая беременность): клиника

**NB!** Отрицательная реакция на беременность

Болевой синдром: отсутствие

Величина матки: уменьшение размеров матки, плода и плодного яйца по сравнению с предполагаемым сроком беременности

Характер кровотечения: нет или сукровичные выделения

Состояние шейки матки: цервикальный канал закрыт

Температура: нормальная или субфебрильная

***Инфицированный выкидыш: клиника***

Состояние тяжелое, сопровождающиеся лихорадкой, ознобом, недомоганием, болями внизу живота, кровянистыми иногда гноевидными выделениями из половых путей. При физикальном осмотре определяют тахикардию, тахипноэ, напряжение мышц передней брюшной стенки

При бимануальном исследовании- болезненная, мягкой консистенции матка; канал шейки матки расширен

***Самопроизвольный выкидыш: дифференциальная диагностика***

• пузырный занос

• внематочная беременность

• доброкачественные и злокачественные заболевания шейки матки или влагалища, гормонопродуцирующая опухоль яичника

**Акушерская тактика**

Трансвагинальное УЗИ: определить жизнеспособную маточную беременность. Плодное яйцо располагается обычно, эмбрион визуализируется, четкое сердцебиение.

***Критерий назначения сохраняющей терапии- сердцебиение эмбриона по данным УЗИ***

Угрожающий выкидыш(сердцебиение +)- сохраняющая терапия в полном объеме

Начавшийся выкидыш(сб+)- объем терапии зависит от тактики, принятой в стационаре и от желания женщины

Несостоявшийся выкидыш (сб-)-медикаментозное или инструментальное завершение беременности. При кровянистых выделениях: назначение препаратов этамзилат, викасол, аминокапроновая кислота, транексамовая кислота и т.п. не имеет доказательных клинических эффектов в силу того, что кровотечение при выкидышах обусловлено отслойкой хориона( ранней плаценты)!!!!

Задача врача- недопустимо кровопотери, приводящей к нарушениям гемостаза

**Сохраняющая терапия**

Препараты прогестерона:

• Дидрогестерон(Дюфастон) 40 мг однократно, затем по 10 мг каждые 8 час до исчезновения симптомов привычный выкидыш-10мг 2 раза в день до 20 нед( с поледующим понижением)

• Микронизированный прогестерон( Утрожестан, Праджисан, Ипрожин) по 200 мг 2 раза в сут до 22 нед

**NB *Назначение 2 и более препаратов прогестерона недопустимо***!

• При выраженных болях допустимо применение Дротаверина гидрохлорида 40-80 мг(2-4мл) в/в или в/м

• При кровотечении- транексамовая кислота 750-1500мг/сут 3-5-7 дней

**Аборт в ходу и неполный самопроизвольный выкидыш: Акушерская тактика**

• Нередко наблюдают обильное кровотечение- оказание неотложной помощи- немедленное инструментальное удаление остатков плодного яйца и выскабливание стенок полости матки

• Оценить возможность для более бережного опорожнения матки(вакуум-аспирация)

• В процессе операции и после неё целесообразно введение внутривенно изотонического раствора натрия хлорида с окситоцином (5ЕД на 500мл раствора) со скоростью 40 кап/мин

• Антибактериальная терапия

• Лечение постгеморрагической анемии

• Женщинам с резус-отрицательной кровью вводят иммуноглобулин антирезус

• Контроль состояния матки с помощью УЗИ

**Полный самопроизвольный выкидыш: акушерская тактика**

• УЗИ

• При необходимости- гистероскопия, удаление остатков частей плодного яйца из полости матки

**Несостоявшийся выкидыш: акушерская тактика**

• Медикаментозный кюретаж с использованием аналогов простагландинов( миззопростол) с предварительным использованием антипрогестерина( мифепристона)

• При необходимости- гистероскопия, удаление нежизнеспособного плода из полости матки

***Истмико- цервикальная недостаточность***- возникает из-за функционального структурного дефекта ШМОТ вследствие различных этиологических факторов, наиболее частая причина прерывания беременности во втором триместре

Частота у пациенток с привычным выкидышем достигает 13-20%

***Патогномичные признаки ИЦН***:

- Безболезненное укорочения и последующее открытие шейки матки

- Пролабирование плодного пузыря и/или излитию ОВ

- Аборт в ходу или рождение недоношенного ребенка( в зависимости от срока беременности и массы плода)

ИЦН- в 80% случаев ассоциирована с интраамниальной инфекцией, поскольку барьерная функция цервикальной слизи при расширении и укорочении ШМ нарушается.

Информационно-воспалительный процесс в полости матки сам может выступать патогенетическим фактором ИЦН

**Факторы риска ИЦН:**

1) травма шейки матки в анамнезе( посттравматическая ИЦН)

2) повреждение шейки матки при родах( разрывы, не восстановленные хирургическим путем, оперативные роды через естественные родовые пути)

3) инвазивные методы лечения патологий шейки матки( конизация, ампутация шейки матки)

4) Искусственные аборты, прерывания беременности( на поздних сроках)

5) ВПР шейки матки( врожденная ИЦН)

6) Функциональные нарушения( функциональная ИЦН) при гиперандрогении, дисплазии соед.ткани)

7) Повышенная нагрузка на шейку матки( многоводие, многоплодие, крупный плод)

**Диагностика**

Оценить вероятность развития ИЦН до беременности нельзя. Подобная оценка возможна только при посттравматической ИЦН+ грубые анатомические нарушения. В этой ситуации проводят гистеросальпингографию(ГСГ) для определения состояния внутреннего зева( расширение зева более 6-8мм- неблагоприятный признак)

У пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности (во 2 триместре), во время беременности еженедельно или с интервалом в 2 недели проводят мониторинг состояния шейки матки начиная с 12 недели при подозрении на посттравматическую ИЦН и с 16 недели- при подозрении на функциональную ИЦН

**Методы коррекции ИЦН**

1. Прогестагены

Беременным без поздних самопроизвольных выкидышей и ПР в анамнезе при выявлении при УЗИ длины сомкнутой части цервикального канала менее 25мм- с момента постановки диагноза по 34-ю неделю беременности микронизированный прогестерон 200 мг интравагинальное введение однократно на ночь

2. Серкляж

Показания: 2 и более потери во второй половине беременности( после исключения других этиологических факторов); при повторных потерях беременности, если каждый последующий эпизод происходил в более ранние сроки, чем предыдущий

Обследование ( кроме общеклинического):

-ОАК(кол-во лейкоцитов не более 15000/мл)

-С-реактивный белок( менее 5нг/дл)

-УЗИ для исключения пороков развития плода, ПРПО, подтверждения гестационного срока

Оптимально в 12-14 недель, в отдельных случаях до 26 нед беременности. Все операции в сроках более 22 недель должны быть проведены в учреждениях 3 уровня.

Регионарная анестезия обычно предпочтительна, но в каждой ситуации аналгезии следует выбирать индивидуально, поскольку в отдельных ситуациях( например, при экстренном серкляже) показано общее обезболивание

Серкляж может быта проведен вагинальным или абдоминальным доступом( вагинальный предпочтителен)

**Техника:** 3 метода

1) наложение шва без диссекции тканей( метод МакДональда)

2) Двойной П-образный внутрислизистый шов в области внутреннего зева( метод Любимовой в модификации Мамедалиевой)

3) Подслизистый шов( высокий цервикальный шов) с отслаиванием мочевого пузыря( метод Широдкара), очень травматичный, поэтому редко. Выбор метода осуществляет хирург по своему усмотрению!!!

Нерассасывающийся шовный материал. Натяжение материала нужно регулировать так, чтобы была возможность прохождения цервикального канала расширителем Гегара №5

Серкляж должен быть удален в 36-38нед. Вмешательство возможно без анестезии При наличии родовой деятельности Серкляж нужно удалить как можно раньше. Если это неосуществимо, то после родов

При ПР и отсутствии реакции на токолиз и/или подозрении на воспалительные осложнения показано немедленное удаление серкляжа

3. Акушерский пессарий

Показания:

-укорочение/дилатация шейки матки у беременных с 1 или 2 потерями во второй половине беременности без родовой деятельности

-сроки коррекции 23-30 недель

Преимущества:

-простота установки

-возможность установки после 26-26 недель беременности

-возможность установки в амбулаторных условиях

-установка не требует наркоза

Недостатки:

- невозможность применения при выраженной ИЦН

- риск нарушения биоценоза влагалища

- необходимость бактериологического контроля

**Преждевременные роды**

**Факторы риска:**

• Инфекции различной локализации, в первую очередь, мочеполовой системы

• Истмико-цервикальная недостаточность

• Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез( кол-во родов, наличие в прошлом преждевременных родов, абортов, самопроизвольных абортов)

• Многоплодие

• Аномалии развития репродуктивной системы матери

• Миома матки

• Оперативные вмешательства во время беременности, особенно, на органах брюшной полости

• Пороки развития плода

• Социально-экономические факторы( возраст, образование, плохие бытовые условия, стресс, курение, злоупотребление алкоголем, употребление психоактивных веществ, раздельное проживание с отцом ребенка)

**Клинические стадии**:

1) угрожающие преждевременные роды

-боли внизу живота при сроке беременности 22-36 нед 6 дней

2) преждевременные роды

-схватки, укорочение и сглаживание шейки матки

\*период раскрытия/латентная и активная фазы

\*период изгнания

\*послеродовой период

**Выбор токолитика**

1. ***Селективные в2-адреномиметики***: Гексопреналина сульфат Острый токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл)

препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин

При проведении длительного токолиза рекомендуемая доза 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430мкг

При использовании инфузоматоров: 75мкг концентрата для инфузий(3 ампулы) разводят в 50 мл изотонического раствора натрия хлорида; скорость введения 0,075 мкг/ мин

Контроль ЧСС матери каждые 15 минут

Контроль АД матери каждые 15 минут

Контроль уровня глюкозы крови каждые 4 часа

Контроль объема вводимой жидкости и диуреза

Аускультация легких каждые 4 часа

Контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки

2. ***Блокаторы рецепторов окситоцина: Атозибан***

Вводят в/в в 3 последовательных этапа:

Вначале в течение 1 минуты вводится 1 флакон по 0,9 мл препарата без разведения( начальная доза 6,75 мг)

Сразу после этого в течение 3-х часов проводится инфузия препарата в дозе 300мкг/мин( скорость введения 24 мл/час или 8 капель/ минуту)

После этого проводится продолжительная ( до 45 ч) инфузия атозибана в дозе 100мкг/мин(скорость введения 8мл/час или 3 капли/мин)

***3. Блокаторы кальциевых каналов: Нифедипин***

NВ! В РФ не зарегистрирован в качестве токолитического средства, поэтому перед его применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на его использование20 мг per os; далее- если сокращение матки сохраняется- через 30 минут 20 мг повторно, затем по 20 мг каждые 3-8 часов в течение 48 часов по показаниям. Максимальная доза 160

мг/ сутки

**Либо**

10 мг сублингвально, затем, при необходимости, каждые 20 минут по 10 мг (максимальная доза в течение первого часа 40 мг), затем каждые 4 часа по 20 мг до 48 часов

***4. Ингибиторы синтеза простагландинов: Индометацин***

NВ! В РФ не зарегистрирован в качестве токолитического средства, поэтому перед его применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на его использование

1 сут- табл 50 мг 4 раза в день или свечи 100 мг 2 раза

2-3 сут- табл 50 мг через 8 часов или свечи 100 мг на ночь

4-6 сутки- табл 50 мг через 12 ч или свечи 100 мг на ночь

7-8 сутки- табл 50 мг на ночь или свечи 100 мг на ночь

Общая дозировка не должна превышать 1000мг!!!

**Противопоказания**:заболевания ЖКТ, бронхиальная астма

**Профилактика РДС плода**

Для ускорения созревания легких плода при сроке беременности 24-34 полные недели(34 недель 0 дней)

Курсовая доза ГК составляет 24 мг

***Схемы применения***:

2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 ч;

или 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12ч;

или 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 ч;

Нужно знать: токолитические препараты в режиме монотерапии; эпидуральная анестезия предпочтительнее применения наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности

Первичная профилактика( вне беременности)

• Ограничение повторных внутриматочных манипуляций( выскабливание полости матки)

• Информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий

• Ограничение количества переносимых эмбрионов в зависимости от возраста пациентки и прогноза

**Вторичная профилактика** ( в период беременности)

• Внедрение антиникотиновых программ среди беременных

• Назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки(10-25 мм) или спреждевременными родами в анамнезе

**Учебная литература:**

**Основные источники:**

1. Акушерство [Текст]: учеб. / под ред. Радзинского В. Е. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2021. – 904 с.: ил.
2. Ежова Н. В. Педиатрия: доклиническая практика [Текст]: учеб. пособие / Н. В. Ежова, Е. М. Русакова. – Минск: Книжный дом, 2022. – 416 с.: ил.

**Дополнительные источники:**

1. Комарова Г.Я Симуляционное обучение в акушерстве и гинекологии . БПОУ ОО МК . 2023г.-
2. Кулаков В. И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2020. – 1056 с.

**Интернет-ресурсы:**

1. Большой медицинский портал [Электронный ресурс]. –URL: http://www.megamedportal. ru/. – (дата обращения: 27.09.2013)
2. Медицинский портал [Электронный ресурс]. – URL: http://medwedi.ru/. – (дата обращения: 27.09.2013)
3. Портал профессиональной медицины [Электронный ресурс]. –URL: http://medobook.com/.
4. Преподавательский сайт http://www.wundersee.mozellosite.com

**Нормативно-правовая документация:**

1. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям: приказ МЗ и СР РФ № 514 от 31.01.2011г. )// СПС Консультант Плюс.
2. Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности: приказ МЗ и СР РФ от 03.12.2007 г. № 736.)// СПС Консультант Плюс.
3. Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи: приказ МЗ и СР ФР № 1130н от 20 октября 2020 года.)// СПС Консультант Плюс.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Ранние токсикозы беременных | 2 |
| 2 | Поздний гестоз | 8 |
| 3 | Ведение беременности, родов и послеродового периода при различных видах экстрагенитальной патологии | 19 |
| 4 | Беременность, роды и послеродовый период при заболеваниях крови | 20 |
| 5 | Беременность, роды и послеродовый период при заболеваниях  сердечно-сосудистой системы | 22 |
| 6 | Беременность и заболевания почек | 27 |
| 7 | Беременность и заболевания эндокринной системы | 31 |
| 8 | Беременность и заболевания органов пищеварения | 36 |
| 9 | Гинекологическая патология и беременность | 38 |
| 10 | Инфекционные заболевания и беременность | 39 |
| 11 | Беременность и роды при резус-несовместимости крови матери и плода | 43 |
| 12 | Течение и ведение родов при многоплодной беременности | 47 |
| 13 | Невынашивание беременности | 54 |
| 14 | Учебная литература | 62 |