

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета**

***ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ
ПАТОЛОГИЯ
И
БЕРЕМЕННОСТЬ***

Доцент, к.м.н. Даценко А.В.

Задолжники

1. 406 Никулин Д.А.
2. 407 Блау И.В.
3. 407 Гейларова Г.Ш.
4. 407 Саламатова А.В.
5. 414 Батурин Е.Г.
6. 414 Сат С.Д.
7. 419 Шапкин В.С.
8. 419 Свиркова Е.В.
9. 420 Валаева К.Г.
10. 420 Волошина Н.В.
11. 421 Курдюк А.С.
12. 421 Роговенко А.А.
13. 422 Шогжал И.С.



Ликвидировали задолженность

✓ 415 Маков Р.В.



Отработка

- ✓ **Отработки проводятся с 15.00 до 17.00** согласно графика на кафедре перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета по адресу:
пр. Свободный, 73 – МУЗ
«Родильный дом №5»

План лекции

- **Заболевания почек и беременность**
 - * **гестационный пиелонефрит**
 - * **острый гломерулонефрит**
 - * **мочекаменная болезнь**

Заболевания

почек

и

беременность

Физиологические изменения в МПС при беременности

- Увеличение почечного кровотока
- Увеличение скорости клубочковой фильтрации на 50%
- Канальцевая реабсорбция не меняется

✓ *Поэтому в норме при беременности увеличивается мочеотделение и степень очищения от азотистых оснований и появляется глюкозурия*

Заболевания почек

□ Среди всех экстрагенитальных заболеваний занимают II место и составляют 0,1-10%

*Гестационный
пиелонефрит*

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

-

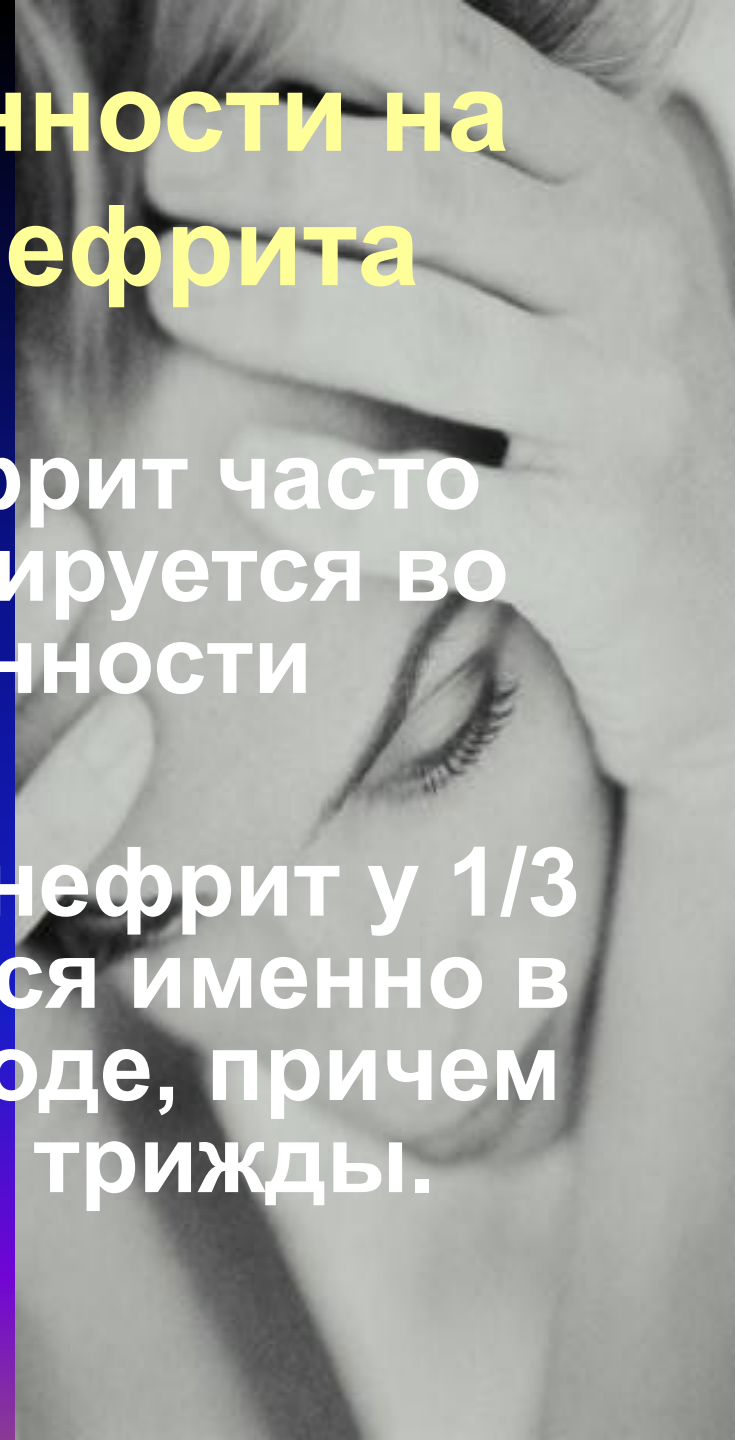
**ЭТО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС
В ПОЧКЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ
ПОРАЖЕНИЕМ
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ,
ОБУСЛОВЛЕННЫЙ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ
БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, С
ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ЭТОТ ПРОЦЕСС
ЛОХАНОК И ЧАШЕЧЕК.**

Гестационный пиелонефрит

- Встречается у **6-8 %** беременных
- Наиболее часто данное заболевание развивается в сроке **26-28** и **34-36** недель беременности
- ✓ **92-65%** патологических процессов в почках, развивающихся во время беременности – обратимы, однако **8-5%** из них могут осложниться деструкцией почечной ткани.

Влияние беременности на течение пиелонефрита

- Острый пиелонефрит часто впервые диагностируется во время беременности
- Хронический пиелонефрит у 1/3 больных обостряется именно в гестационном периоде, причем иногда дважды и трижды.



Факторы, способствующие развитию гестационного пиелонефрита (1)

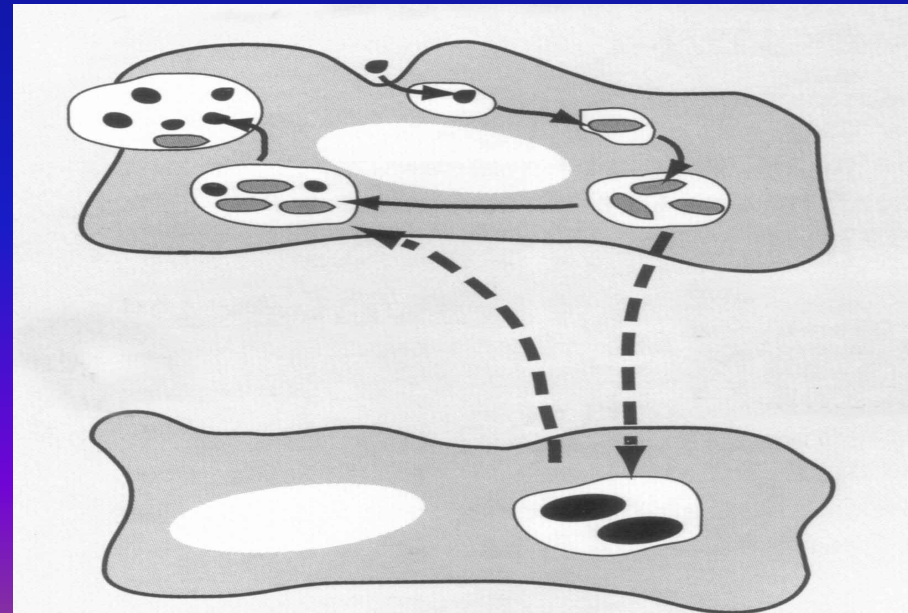
- **Гипотония и гипокинезия лоханок и мочеточников, связанная с изменением гормонального профиля**
- **Снижение тонуса и увеличение емкости мочевого пузыря (пузырно-мочеточниковый рефлюкс)**
- **Во II триместре - компрессионный фактор (пузырно-лоханочный рефлюкс)**

Факторы, способствующие развитию гестационного пиелонефрита (2)

- **Во II и III триместре – механический фактор нарушения уродинамики (сдавление мочеточников на уровне тазового кольца)**
- **Конец беременности - несостоятельность сфинктера уретры**
- **Иммунодепрессия - физиологическое угнетение гуморального и клеточного звена во время беременности**

Этиология

- Кишечная палочка – **36-88%**
 - Клебсиела
 - Протей
 - Энтерококк(у родильниц) – **10-23%**
- 5-20%**



Патогенез

- **Первичный очаг инфекции – это воспалительные заболевания гениталий и органов мочевой системы, кариозные зубы, фурункулы и т.д.**
- **Пути проникновения инфекции в почку**
 - гематогенный
 - уриногенный

Классификация

I. Острая форма

- серозный пиелонефрит

- гнойный пиелонефрит

- *диффузно-гнойная (недеструктивная) форма (95-97%)*

- *очагово-гнойная (деструктивная) форма (3-5%)*

II. Хроническая форма

Клинико-лабораторная картина

❖ Острый серозный пиелонефрит

- ✓ Протекает при субфебрильной либо нормальной температуре без ознобов и симптомов интоксикации, часто без болей в пояснице.
- ✓ Распознается по лабораторным признакам и успешно ликвидируется антибактериальной терапией.

Клинико-лабораторная картина (1)

❖ Острый гнойный недеструктивный пиелонефрит

• СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ В начале заболевания преобладает **выраженная интоксикация** организма: потрясающие ознобы, высокая температура, сильная головная боль, обильное потоотделение, тошнота, иногда и рвота. Дыхание и пульс учащены, язык сухой.

Клинико-лабораторная картина (2)

❖ Острый гнойный недеструктивный пиелонефрит

- ✓ В процессе развития болезни присоединяются **локальные симптомы**: боли в поясничной области со стороны поражения, иррадиирующие в верхнюю часть живота, паховую область, бедро, большие половые губы, усиливающиеся по ночам, напоминающие по характеру почечную колику. **Во II и III триместре боли обычно неинтенсивные**

Клинико-лабораторная картина (3)

❖ Острый гнойный недеструктивный пиелонефрит

• ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Болезненность и напряженность мышц живота со стороны поражения
- ✓ Болезненность в точке - на уровне перекреста нижнего края XII ребра с длинными поясничными мышцами и спереди в точке - на три поперечных пальца слева и справа от пупка
- ✓ Симптом Пастернацкого не всегда бывает положительным

Клинико-лабораторная картина (4)

❖ Острый гнойный недеструктивный пиелонефрит

• ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Развернутый анализ крови: лейкоцитоз выше $11 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижение уровня Hb
- ✓ Биохимический анализ крови: повышение уровня мочевины, диспротеинемия
- ✓ Общий анализ мочи: бактериурия, повышение количества «активных» лейкоцитов и появление клеток Штернгеймера-Мальбина
- ✓ Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты свыше $4 \times 10^9/\text{мл}$, увеличение количества эритроцитов

Клинико-лабораторная картина (1)

❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

• СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ **Тяжелая интоксикация** организма:
гектическая лихорадка с перепадом температуры в течение суток на 2-3 градуса, проливной пот, рвота, бледность, сухость языка, патологическая эйфория или заторможенность

Клинико-лабораторная картина (2)

❖ Острый гнойный **деструктивный** пиелонефрит

- ✓ **Тревожный признак** обширного гнойного воспаления в почке: постоянно высокая, резистентная к антибактериальным препаратам температура тела
- ✓ **Локальные симптомы** могут быть неярко выраженными

Клинико-лабораторная картина (3)

❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

• ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Болезненность почки нередко выявляется только при глубокой бимануальной пальпации
- ✓ Симптом Пастернацкого часто бывает положительным
- ✓ РАК: снижение уровня Hb, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Клинико-лабораторная картина (4)

❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

• ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Развернутый анализ крови: выраженная гипохромная анемия и лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм
- ✓ Биохимический анализ крови: повышение уровня мочевины, диспротеинемия, при картине печеночно-почечной недостаточности – гипербилирубинемия, гиперкреатининемия, повышение уровня печеночных ферментов

Клинико-лабораторная картина (5)

❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

• ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Общий анализ мочи: бактериурия более 10^5 микробных тел, повышение количества «активных» лейкоцитов и появление клеток Штернгеймера-Мальбина
- ✓ Анализ мочи по Нечипоренко: пиурия

Клинико-лабораторная картина (1)

❖ Хронический пиелонефрит

• СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

✓ **Общие симптомы:** головная боль, быстрая утомляемость, общая слабость

✓ **Локальные симптомы:** тупые боли в поясничной области, усиливающиеся при движении и физической нагрузке

Однако часто женщины никаких жалоб не предъявляют

Клинико-лабораторная картина (2)

❖ Хронический пиелонефрит

- **ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ**

- ✓ Неярко выражены, симптом Пастернацкого чаще бывает отрицательным

- ✓ Возможно наличие гипертензивного синдрома

Клинико-лабораторная картина (3)

❖ Хронический пиелонефрит

• ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Развернутый анализ крови: гипохромная анемия, возможна азотемия
- ✓ Общий анализ мочи: умеренная протеинурия (менее 1 г/л), лейкоцитурия с преобладанием нейтрофильных лейкоцитов, микрогематурия, высокая степень бактериурии
- ✓ Анализ мочи по Зимницкому: гипоизостенурия
- ✓ Анализ мочи по Нечипоренко: пиурия

Таким образом:

!!! Клиника гестационного пиелонефрита как правило бывает стертой. Выраженные клинические проявления могут появиться только при значительных деструктивных изменениях в почках.

!!! Диагностика чаще основана на результатах лабораторных и инструментальных методов

Диагностика гестационного пиелонефрита

1. Жалобы
2. Анамнез, особенно для хронического пиелонефрита
3. Клинические признаки заболевания
4. Лабораторные методы: РАК, БАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, бактериологическое исследование мочи
5. Инструментальные методы: УЗИ, хромоцистоскопия, экскреторная урография в послеродовом периоде

Влияние гестационного пиелонефрита на течение беременности

- Невынашивание (прерывание чаще в сроке 16-24 нед.)
- Тяжелые формы гестоза в 40-80%
- ВУИ плода
- Патология МВС плода
- ✓ *Острый пиелонефрит, впервые возникший во время беременности оказывает менее неблагоприятное воздействие на ее течение*

Степени риска

- I степень риска – не осложненный пиелонефрит, возникший во время беременности
- II степень риска – хронический пиелонефрит, существовавший до беременности
- III степень риска – хронический пиелонефрит с гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки
- *При III степени риска беременность противопоказана*

Тактика ведения беременных с гестационным пиелонефритом (1)

- В условиях женской консультации решение вопроса о возможности сохранения беременности и дальнейшее диспансерное наблюдение производится совместно с урологом
- Общий анализ мочи – 2 раза в месяц; в сроках 20-28 недель – еженедельно

Тактика ведения беременных с гестационным пиелонефритом (2)

- При появлении лейкоцитурии или жалоб на ухудшение самочувствия – проба по Нечипоренко, посев мочи, УЗИ почек
- В случае подозрения на развитие острого пиелонефрита – госпитализация в стационар

Терапия при гестационном пиелонефрите (1)

- Постельный режим в острой стадии болезни
 - Стол №15 без ограничения соли и жидкости, при отсутствии отеков и гестоза обильное питье (клюквенный морс, почечные чаи)
 - Антибактериальная терапия с учетом антибиотикограммы:
 - I триместр - природные и полусинтетические пенициллины
 - II триместр – цефалоспорины, аминогликозиды в сочетании с препаратами нитрофуранового ряда
- Продолжительность а/б терапии – 2-3 недели*

Терапия при гестационном пиелонефрите (2)

- Дезинтоксикационная терапия в общем объеме вводимой жидкости до 2,5-3 л/сут.

*При выраженной интоксикации –
плазмаферез и УФО крови*

- Десенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин)

Терапия при гестационном пиелонефрите (3)

- Спазмолитические препараты с целью восстановления пассажа мочи (баралгин, но-шпа, 2% раствор папаверина гидрохлорида)
- Для восстановления оттока из пораженной почки – катетеризация мочеточников, при неэффективности в течение – 3-4 дней дренирование почки – нефростомия
- При формировании гнойников в почке – люмботомия, декапсуляция почки, иссечение гнойно-некротических участков и нефростомия

Критерии излеченности гестационного пиелонефрита

- Отсутствие клинических симптомов заболевания
- Нормальные лабораторные показатели общего анализа мочи при трехкратном ее исследовании
- Отрицательные результаты бактериологического посева мочи, проводимого двукратно с промежутком в 1 месяц
- *При сохранении пиурии следует думать о формировании хронического воспалительного процесса*

Тактика ведения родов при наличии гестационного пиелонефрита

- ❖ Роды через естественные родовые пути не противопоказаны
- ❖ В родах рекомендуется применять спазмолитики и максимальное обезболивание

- ❖ Оперативное производится только по акушерским показаниям



родоразрешение

Профилактика гестационного пиелонефрита

- Санация очагов инфекции – кариозных зубов, синуситов, кольпитов и т.д.

Ведение беременных, перенесших гестационный пиелонефрит в послеродовом периоде

- **Через 3 месяца после родов – обзорный рентгеновский снимок почек и экскреторная урография**
- **Диспансерное наблюдение уролога**
- **Предпочтительный вид контрацепции – внутриматочная спираль**

Острый

гломерулонефрит

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ -

ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ
заболевание почек с
преимущественным
поражением клубочков, но
вовлекающее и канальцы, и
межуточную
(интерстициальную) ткань

□ Острый
гломерулонефрит –
это редкое осложнение
беременности, частота
которого составляет

0,1-0,2%



Этиология

- Гемолитический стрептококк группы А
- Источник инфекции – хронический тонзиллит, ангина, стрептококковые кожные болезни (пиодермия, рожа)
- Предрасполагающий фактор - однократное резкое охлаждение организма

Классификация по клиническому течению

I Острый гломерулонефрит

II Хронический гломерулонефрит

- Злокачественная форма (подострая, быстро прогрессирующая)
- Смешанная
- Нефротическая
- Гипертоническая
- Латентная
- Терминальная

Клинические симптомы гломерулонефрита (1)

*✓ Особенность течения
гломерулонефрита во время беремен-
ности – стертость клинических
симптомов*

- Отеки (больше характерны для острого нефрита, смешанной и нефротической форм хронического гломерулонефрита)
- Артериальная гипертензия (острый нефрит, гипертоническая и смешанная форма хронического гломерулонефрита)

Клинические симптомы гломерулонефрита (2)

- Протеинурия от 0,033 г/л до 30 г/л характерна для всех форм гломерулонефрита
- Цилиндрурия
- Анемия, гипопротейнемия
- Увеличение титра противострептококковых антител
- Азотемия - признак развития острой почечной недостаточности

✓ *Острая почечная недостаточность – показание к прерыванию беременности*

Влияние гломерулонефрита на течение беременности

- Гестоз, возникающий раньше обычных сроков (28 недель) и приобретающий тяжелое течение
- ПОНРП
- Преждевременные роды
- ЗВРП
- Хроническая и острая гипоксия плода
- Патология почек плода и новорожденного
- Повышение показателей перинатальной смертности



Тактика ведения беременных с гломерулонефритом (1)

- **Обследование в условиях терапевтического или нефрологического стационара в сроке до 12 недель для решения вопроса о возможности сохранения беременности**
- **При положительном результате – дальнейшее наблюдение врачом женской консультации**

Тактика ведения беременных с гломерулонефритом (2)

- Повторная госпитализация при появлении признаков обострения хронического гломерулонефрита или развитии гестоза и других осложнений беременности
- Дородовая госпитализация в сроке беременности 36-37 недель с целью предупреждения осложнений и подготовки к родам

Лечение беременных с гломерулонефритом (1)

1. Режим обычный с ограничением длительного пребывания в вертикальном положении и снижением физической активности
2. Диета с ограничением поваренной соли до 3-5 г в сутки и жидкости до 800-1000мл при остром нефрите, смешанной и гипертонической форме хронического гломерулонефрита

Лечение беременных с гломерулонефритом (2)

3. Средства иммунной депрессии: глюкокортикоиды (преднизолон до 20 мг в I триместре и до 30 мг со II триместра), в тяжелых случаях - плазмаферез
4. Противовоспалительные препараты (аспирин)
5. Прямые антикоагулянты (гепарин) и антиагреганты (аминохинолины)

Лечение беременных с гломерулонефритом (3)

6. Для нормализации АД – антагонисты кальция, В-адреноблокаторы, диуретики, А-адреноблокаторы
7. Нормализация вегетативных центров – гальванизация зоны «воротника», эндоназальный электрофорез, электроанальгезия
8. УЗ на область почек

Лечение беременных с гломерулонефритом (4)

9. Антианемические препараты
10. Устранение гипопротеинемии –
введение белковых жидкостей (сухая
плазма, раствор альбумина или
протеин)

Тактика ведения родов при гломерулонефрите

- ❖ Роды через естественные родовые пути не противопоказаны
- ❖ Досрочное родоразрешение иногда показано в интересах плода
- ❖ Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения производится редко и обычно по акушерским показаниям



Профилактика гломерулонефрита

- Удаление инфекционных очагов (хронический тозиллит)
- Профилактический прием малых доз ацетилсалициловой кислоты по 125 мг/сут. в сроки с 23 по 38 неделю

Мочекаменная

болезнь

- Беременность не является фактором риска мочекаменной болезни: с увеличением числа беременностей заболеваемость мочекаменной болезнью не увеличивается
- Частота данной патологии – **0,2-0,8%**



Этиология

- ❑ **Нарушение минерального обмена**
- ❑ **Щелочная диета**
- ❑ **Инфекционно - воспалительные заболевания мочевыводящих путей**
- ❑ **Нарушение уродинамики**

Влияние беременности на течение мочекаменной болезни

- ✓ **Клинические признаки латентно протекающей до беременности МКБ могут стать отчетливо выраженными**
 - **Ускоренный рост камней во время беременности**
 - **Условия для перехода камня в мочеточник**
 - **Легкость присоединения инфекции**
- ✓ **Появление и учащение приступов почечной колики, присоединение или обострение ранее существовавшего пиелонефрита**

Клиника МКБ во время беременности (1)

□ Классическая картина

1. Почечная колика
2. Гематурия
3. Пиурия
4. Отхождение камней с мочой

□ Особенности клиники МКБ во время беременности

1. Интенсивность болей и гематурия менее выражены

Клиника МКБ во время беременности (2)

- Особенности клиники МКБ во время беременности**
- 2. Колики отмечаются чаще с первые 20 и последние 4 недели беременности**
- 3. Возможно спонтанное отхождение камней**
- 4. Возможно бессимптомное течение МКБ**

Диагностика МКБ

- Анамнез
- Цистоскопия
- УЗИ
- Хромоцистоскопия
при невозможности
УЗИ
- Общий анализ мочи



Влияние МКБ на течение беременности и родов

- ◆ МКБ, не осложненная пиелонефритом или гестозом не оказывает неблагоприятного влияния на течение беременности и развитие плода
- ◆ Течение родов при МКБ обычно особенностей не имеет



Терапия беременных с МКБ

- Диета обусловлена характером нарушения минерального обмена
- Купирование болей спазмолитическими препаратами – папаверина гидрохлорид, но-шпа, баралгин
- При неэффективности консервативной терапии показана катетеризация мочеочника и восстановление оттока мочи
- При неэффективности катетеризации и анурии – показано хирургическое удаление камня
- При сочетании МКБ с пиелонефритом – антибактериальная терапия

Профилактика

- **Оптимальный вариант – оперативное лечение мочекаменной болезни и санация мочевых путей до беременности**



Спасибо за внимание

Благодарю за внимание!



Благодарю

за

внимание



*Гипертоническая
болезнь*

- Повышение АД при беременности обеспечивает нормальную перфузию плаценты и создает условия для роста и развития плода
- Нормальное давление при беременности 120/80 мм.рт.ст.
- Частота встречаемости 4-5%

Классификация по ВОЗ

- I ст.- транзиторное повышение АД, отсутствие изменения глазного дна, нет левограммы
- II ст.- АД повышается, но под действием лекарств может приходиться к нормальным цифрам. Ангиопатия на глазном дне, левограмма
- III ст.- стойкое повышение АД, частые кризы, терапии не поддается, ангиопатии, левограммы, вторичные дистрофические изменения в миокарде, почках

Патогенез

- Сходен с патогенез гестоза
- Повышается периферическое сопротивление
- Нарушается микроциркуляция во внутренних органах
- Гипертоническая болезнь и беременность осложняют друг друга

Влияние беременности на ГБ

I триместр:

- Появляется ФПК
- Меняется эндокринный фон, повышается прогестерон, который обладает гипотензивным влиянием, что приводит к снижению давления
- Степень тяжести в этот срок не определяют!!!!!!

II триместр: течение самой ГБ
зависит от степени ГБ:

I ст. АД лабильно, реагирует на гипотензивную терапию

II ст. Устойчивое повышение АД, но без выраженного повреждения внутренних органов. Терапия приводит к временному снижению АД

III ст. Более тяжелое, кризовое течение

Влияние ГБ на беременность

- I триместр- может быть угроза прерывания беременности
- II - III триместр:
 - ✓ Повышение АД до высоких цифр, чем выше, тем тяжелее исходная ГБ
 - ✓ ПОНРП
 - ✓ Поздний гестоз, развивается рано (**20-24** недели). Течет тяжело, плохо поддается лечению, приводит к плохим исходам для матери и плода

Влияние ГБ на плод

- Хроническая гипотрофия
- Хроническая гипоксия
- Повышение перинатальной смертности, в зависимости от степени ГБ:

I ст.- до **20%** случаев

II ст. – до **50%** случаев

III ст. – до **100%** случаев



Противопоказания для беременности:

- ГБ III ст.
- ГБ II ст. Не поддающаяся медикаментозной терапии (ангиопатия, левограмма)

Тактика в женской консультации:

- Сбор анамнеза: степень тяжести ГБ
- Исследование глазного дна
- ЭКГ
- УЗИ почек
- ОАМ, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко
- Анализ крови на креатинин, мочевины
- При нормальном АД наблюдение и терапия **1** раз в **2** недели
- Самостоятельный контроль АД и коррекция

Лечение:

- Почечная ГБ- препараты раувольфия-раусидил, резерпин, адельфан. Обладают мочегонным эффектом. принимают 1 раз в 2 дня. утром.
- Триризид содержит калий
- Должны быть отменены за неделю до родов
- Эффект развивается на 4 сутки
- При присоединении гестоза, отменяют, из за отсутствия эффекта

- Частые подъемы АД- клофелин (препарат центрального действия)
- Антагонисты кальция: нифедипин, коринфар
- Седативные
- Средства, укрепляющие сосудистую стенку - аскорутин
- Дезагреганты
- Магнезиальная терапия. Дозировка, как при поздних гестозах
- Витамиотерапия
- Метионин, фоливая кислота
- Контроль за ростом и развития плода. При выявлении гипотрофии- родоразрешение

Тактика в стационаре:

- Сроки и методы родоразрешения определяются как и при позднем гестозе:
- Тяжелая степень - кесарево сечение
- Легкая и средняя – роды на фоне:
- Обезболивания
- Гипотензивной терапии
- Ранней амниотомии
- После анестезии- управляемая нормотомия ганглиоблокаторами **140-150** мм.рт.ст
- Роды, потуги при нормальном АД, укорачиванием или исключая их щипцами
- Профилактика кровотечения - окситоцином

Ведение послеродового периода:

**Лечение гипотензивными
средствами продолжать
под контролем АД**

Артериальная гипотензия

Снижение артериального давления
ниже **100/60**мм.рт.ст,
сопровождающие головокружением,
обмороками.

ЭТИОЛОГИЯ

- **Первичная:** вызвана хроническими инфекционными заболеваниями
- **Гестационная:** вызвана гормональными перестройками: повышенная продукция прогестерона и недостаточность коры надпочечников

Течение беременности при АГ

- Угроза прерывания беременности
- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Преждевременные роды

Осложнения в родах:

- Слабость
- Гипотоническое кровотечение
(допускается кровопотеря 0,2-0,3%,
кровопотеря больше этого плохо
компенсируется, что способствует
развитию геморрагического шока!!!!)

Постуральный синдром (нижней полой вены)

- Проявляется резким падением АД при положении лежа, так как происходит сдавление нижней полой вены маткой, что уменьшает возврат крови к сердцу, головному мозгу. Все это приводит к коллапсу

- **В случае проведения кесарева сечения, то пациентку кладут на валик под поясницу в положении полубоком**
- **При тяжелом постуральном синдроме бывают послешоковое, послеродовое кровотечение с клиникой ДВС-синдрома**

Лечение

Первичная гипотония:

- лечение первопричины,
- снятие интоксикации
- Общеукрепляющая терапия

Вторичная гипотония

Госпитализация перед родоразрешением:

- Кордиамин
- Седативные
- Женьшень, Лимонник
- Родиола розовая до АД 120/80 мм.рт.ст
- Если АД повышается более чем на 30% от исходного, то могут присоединиться признаки гестоза
- Перед родами АД должно быть как минимум до 110/70 мм.рт.ст
- Если этого не получается, то в родах появляется угроза эмболии околоплодными водами!!!!
- У ребенка часто наблюдается гипотрофия

Литература

- Акушерство – справочник Калифорнийского университета – под редакцией Нисвандера К., Эванса А. – 1999 г.;
- Акушерство – учебное пособие – под редакцией Ельцова-Стрелкова В.И., Мареева Е.В. – 1987 г.;
- Жмакин К.Н., Сыроватко Ф.А. – Акушерский семинар – 1968 г.;
- Практическое акушерство – под редакцией д.м.н. Сольского Я.П. – 1976 г.;
- Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка – Энкин М. с соавт. – 2003 г.
- Чернуха Е.А. – Родовой блок – 2005 г.;