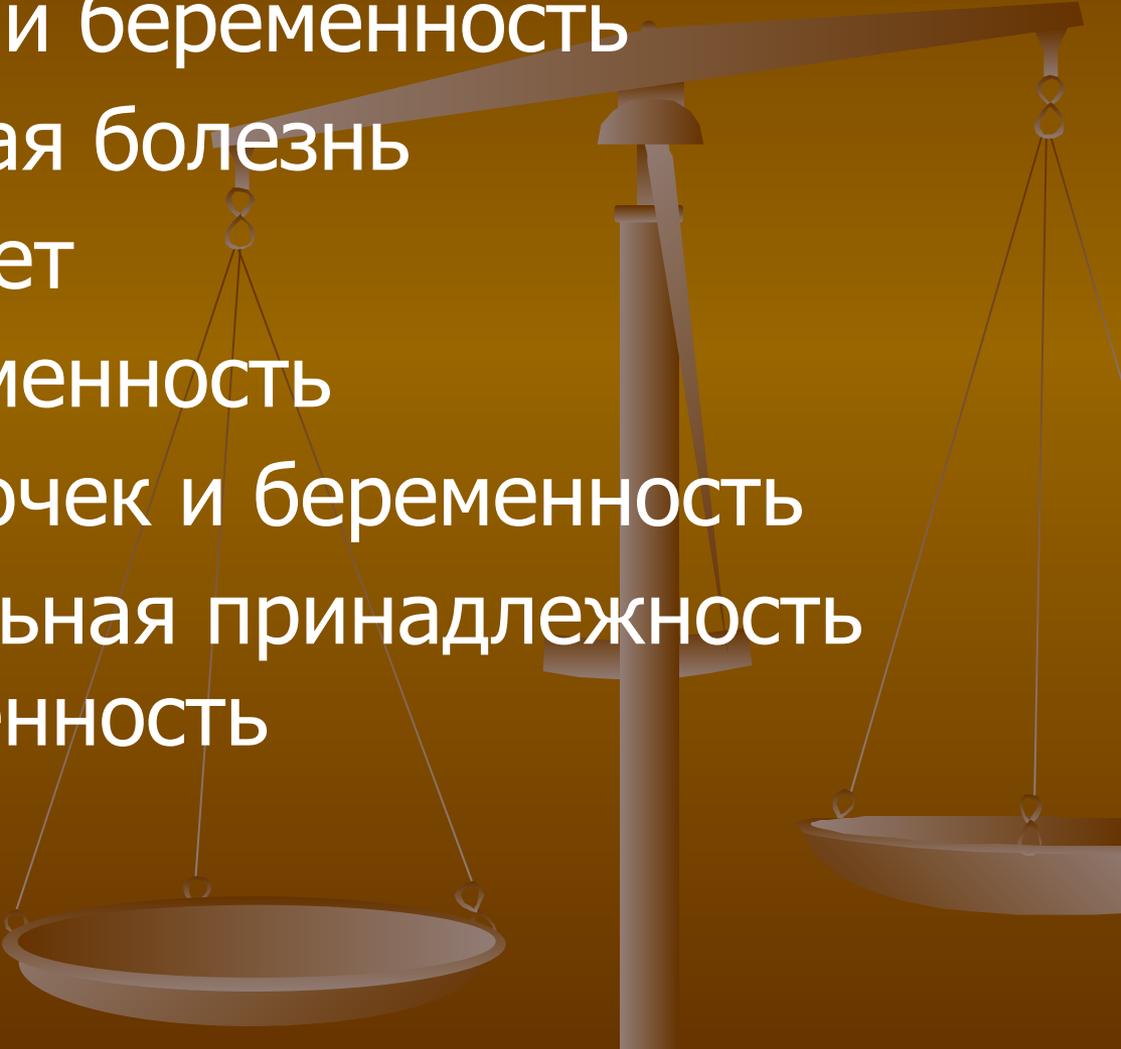


Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов



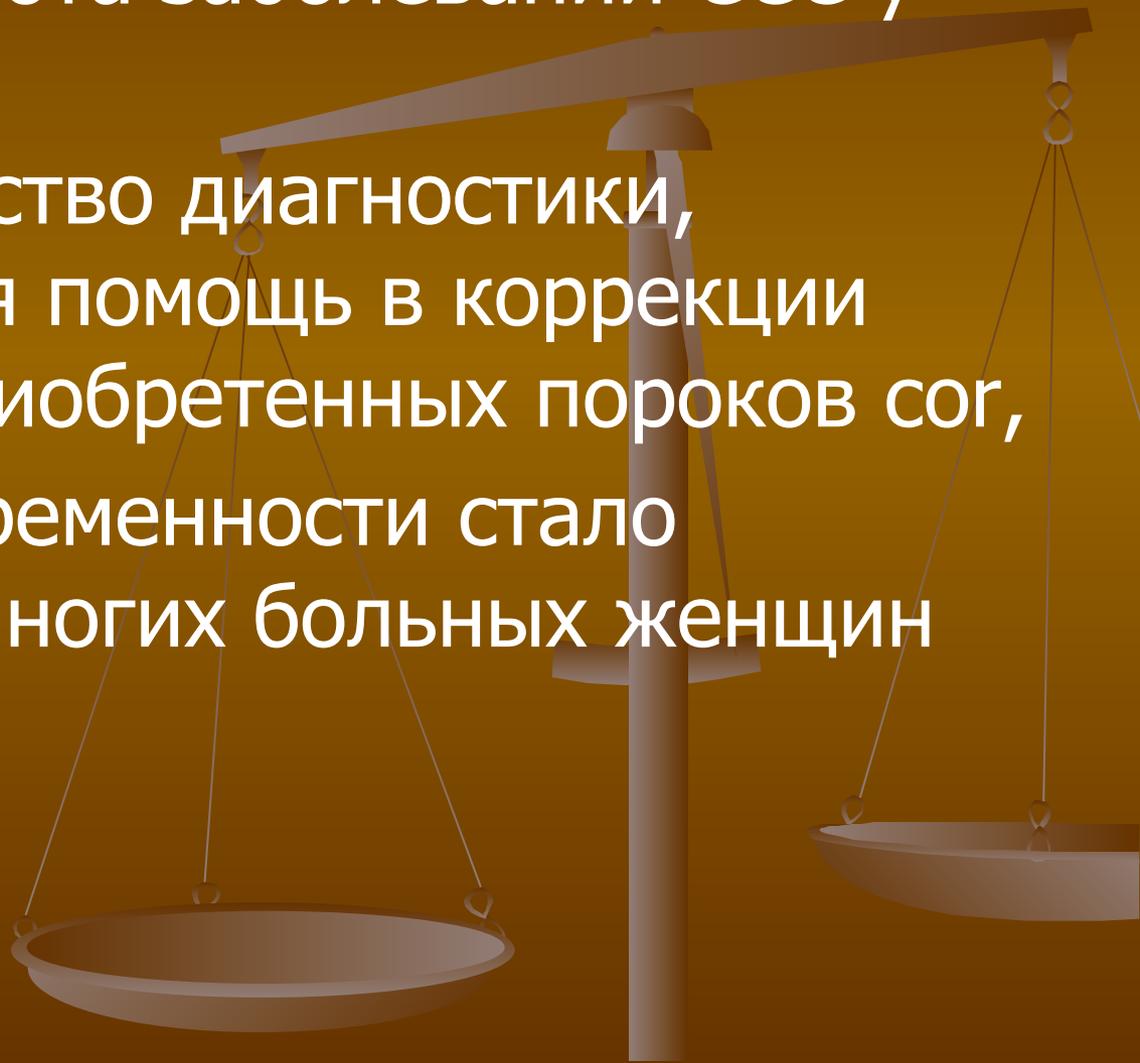
ПМ02 «Лечебная
деятельность»
Акушерство.
Преподаватель В.Б.Ворсина

Вопросы лекции

1. Пороки сердца и беременность
 2. Гипертоническая болезнь
 3. Сахарный диабет
 4. Анемия и беременность
 5. Заболевания почек и беременность
 6. Rh – отрицательная принадлежность крови и беременность
- 

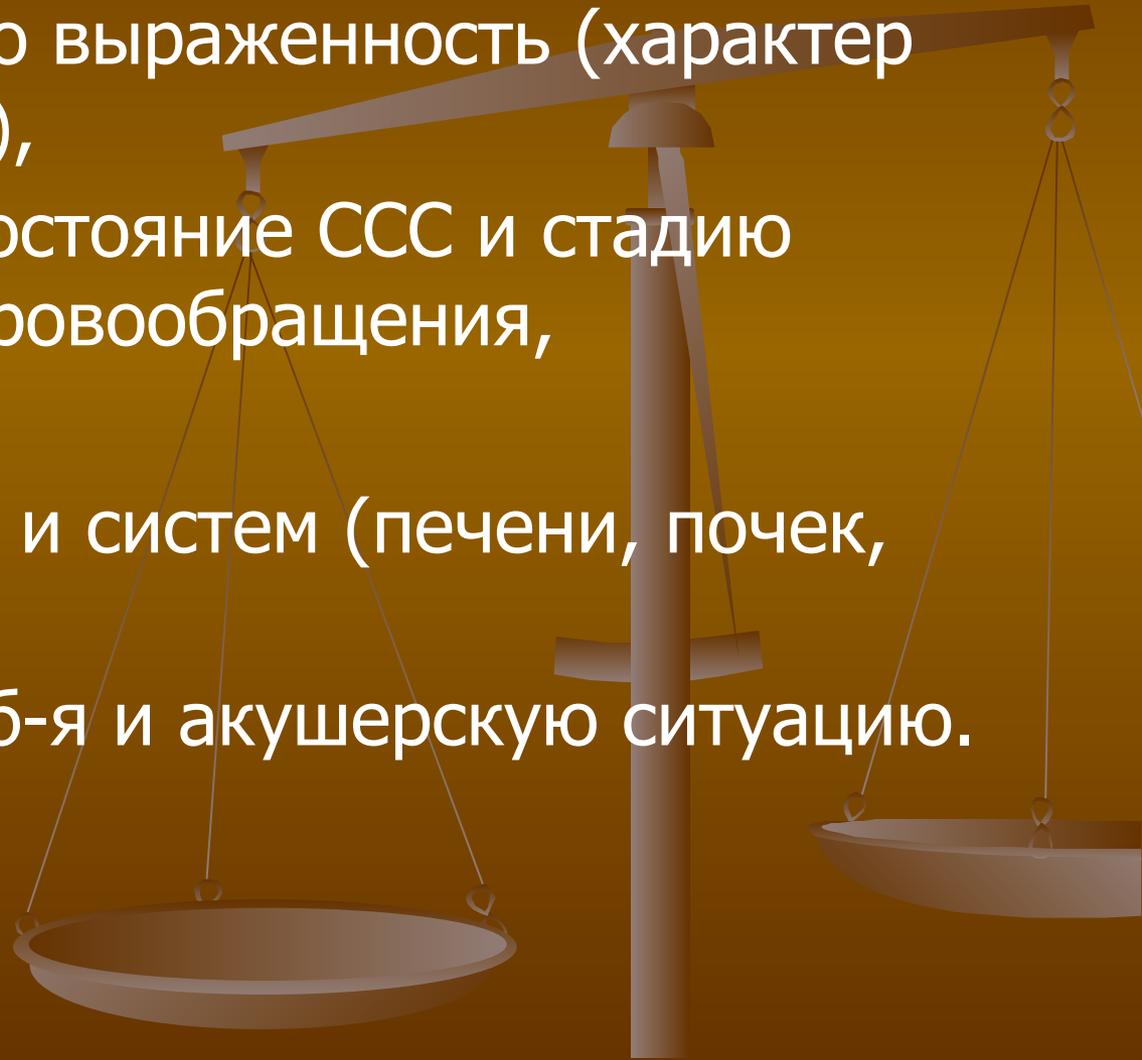
Пороки сердца и беременность

- Увеличилась частота заболеваний ССС у беременных,
- Улучшилось качество диагностики, кардиологическая помощь в коррекции врожденных и приобретенных пороков сог,
- Вынашивание беременности стало возможным для многих больных женщин



Возможность вынашивания - учитывать

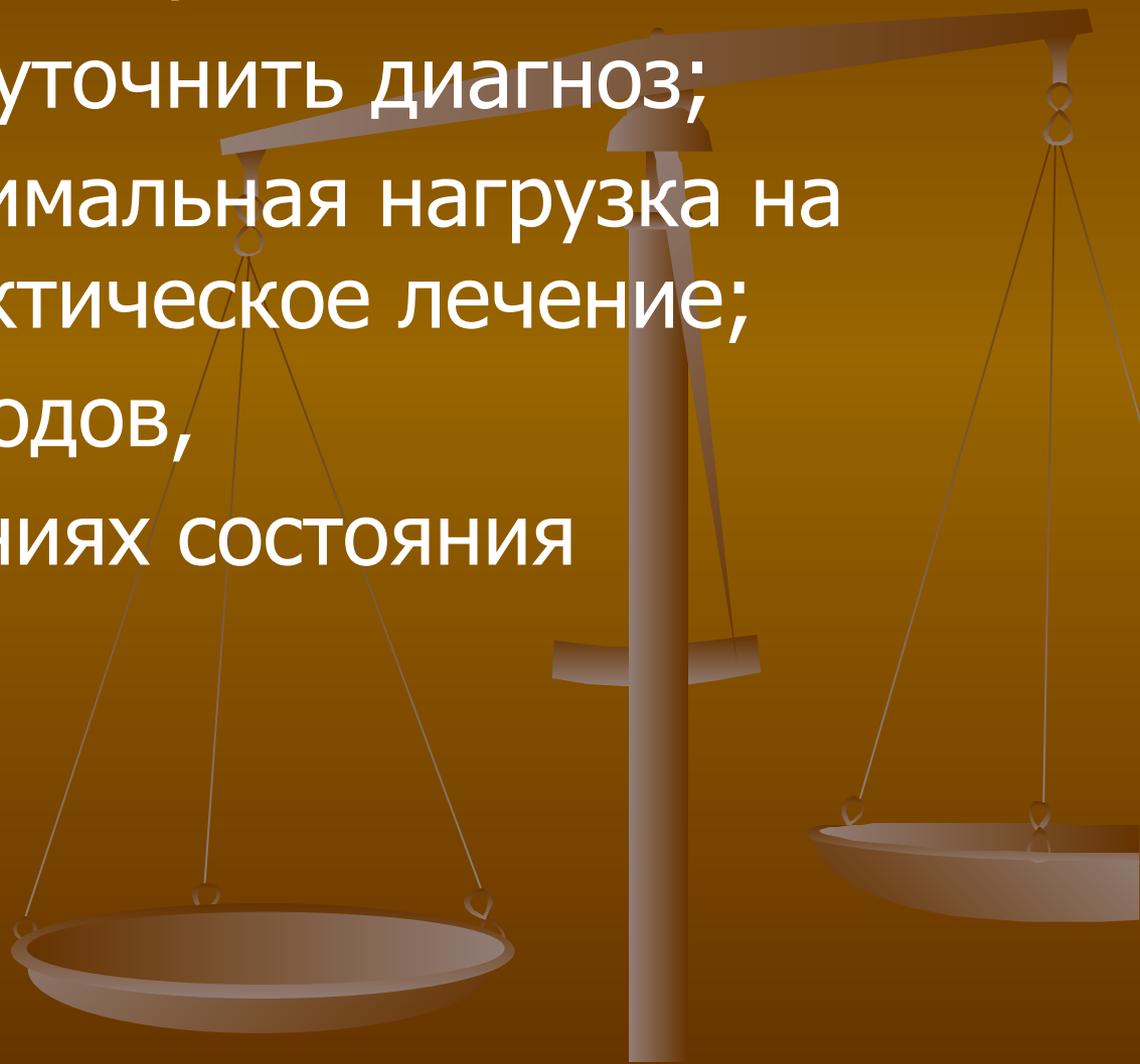
- Активность ревматического процесса,
- Форму порока и его выраженность (характер поражения сердца),
- Функциональное состояние ССС и стадию недостаточности кровообращения,
- Наличие аритмии,
- Состояние органов и систем (печени, почек, легких),
- Сопутствующие заб-я и акушерскую ситуацию.



Ведение беременных

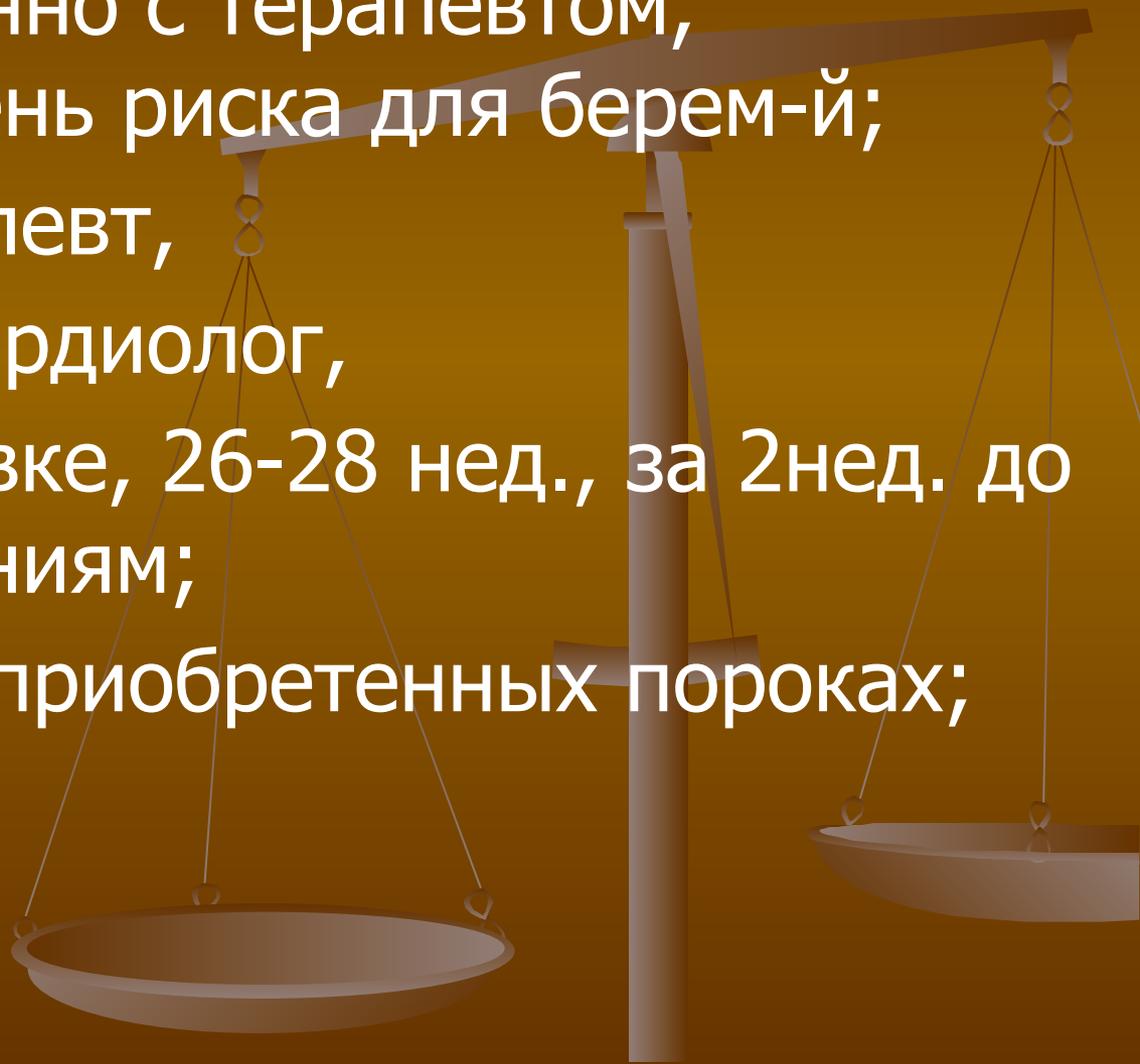
Плановые госпитализации:

- До 12 нед. , т.о., уточнить диагноз;
- 26 - 28 нед. максимальная нагрузка на сердце, профилактическое лечение;
- За 2 - 3 нед. до родов,
- При всех ухудшениях состояния беременной.



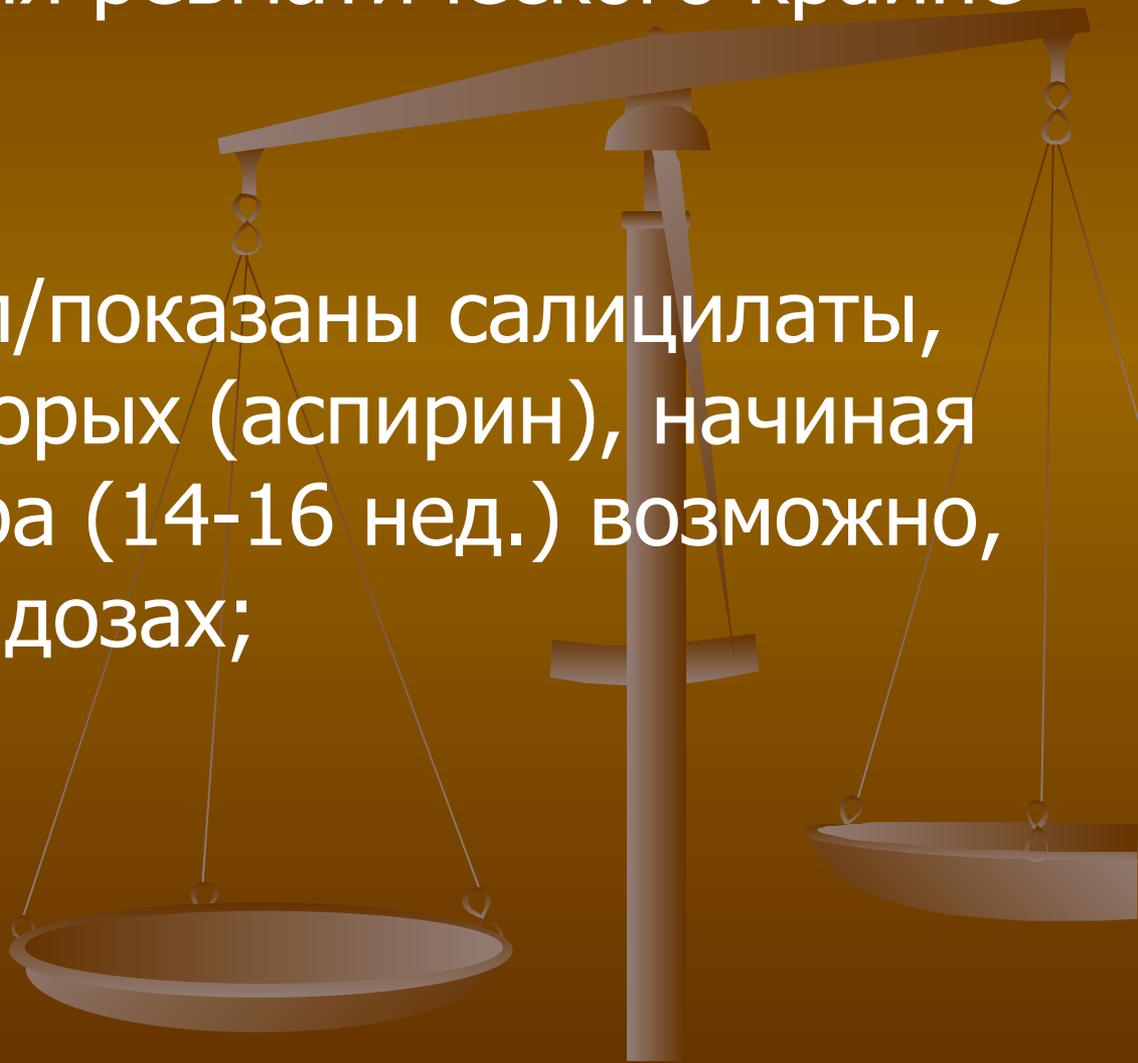
Диспансерное наблюдение

- Вести одновременно с терапевтом, определить степень риска для беремен-й;
- 1 раз в мес. терапевт,
- 1раз в 3 мес. – кардиолог,
- Экг, ЭХО: при I явке, 26-28 нед., за 2нед. до родов, по показаниям;
- Ревмопробы при приобретенных пороках;
- Окулист 2 раза

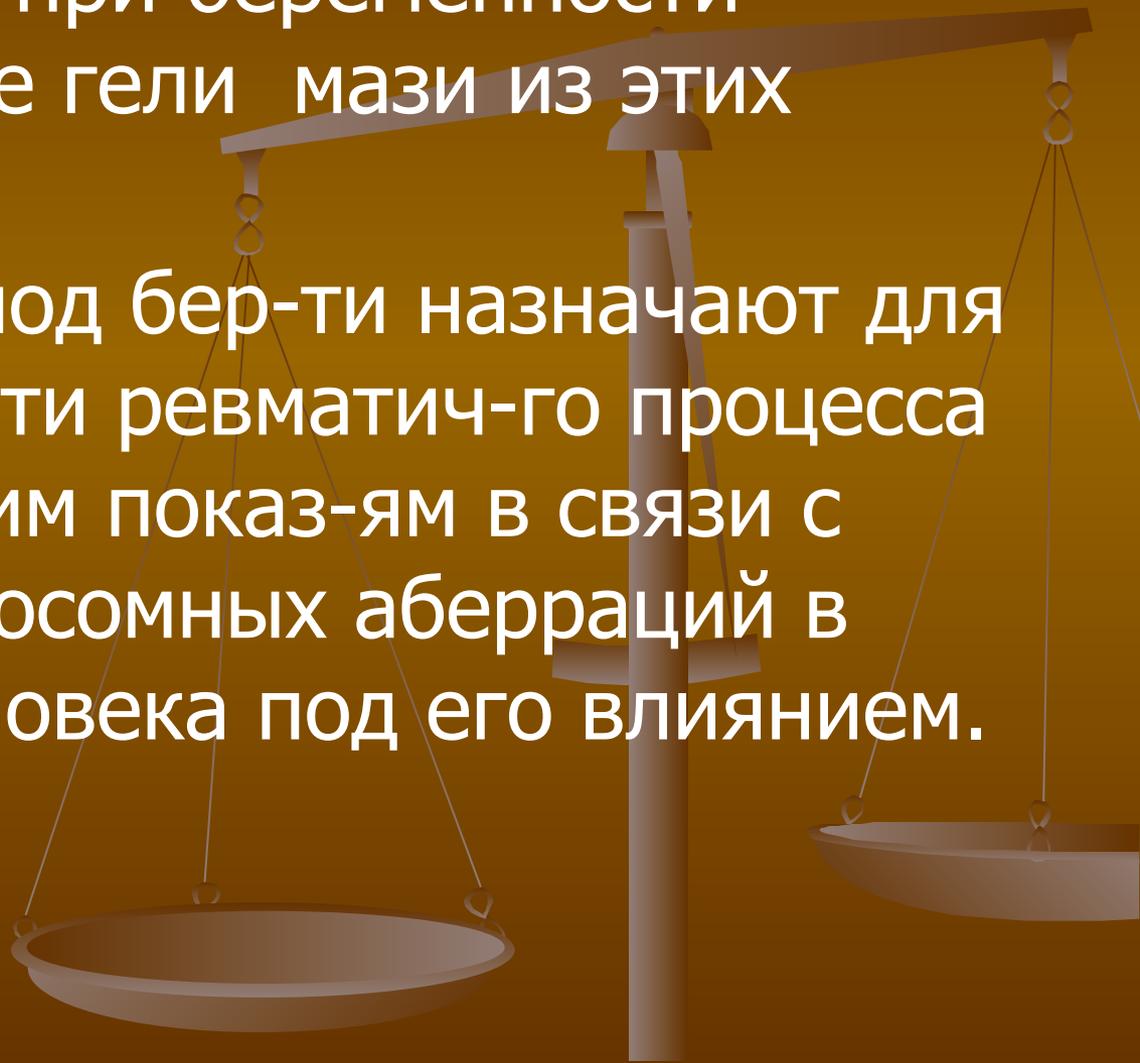


Лечение ревматизма

- Средства лечения ревматического крайне ограничены,
- 1-й триместр – п/показаны салицилаты, применение которых (аспирин), начиная со 2-го триместра (14-16 нед.) возможно, но в небольших дозах;



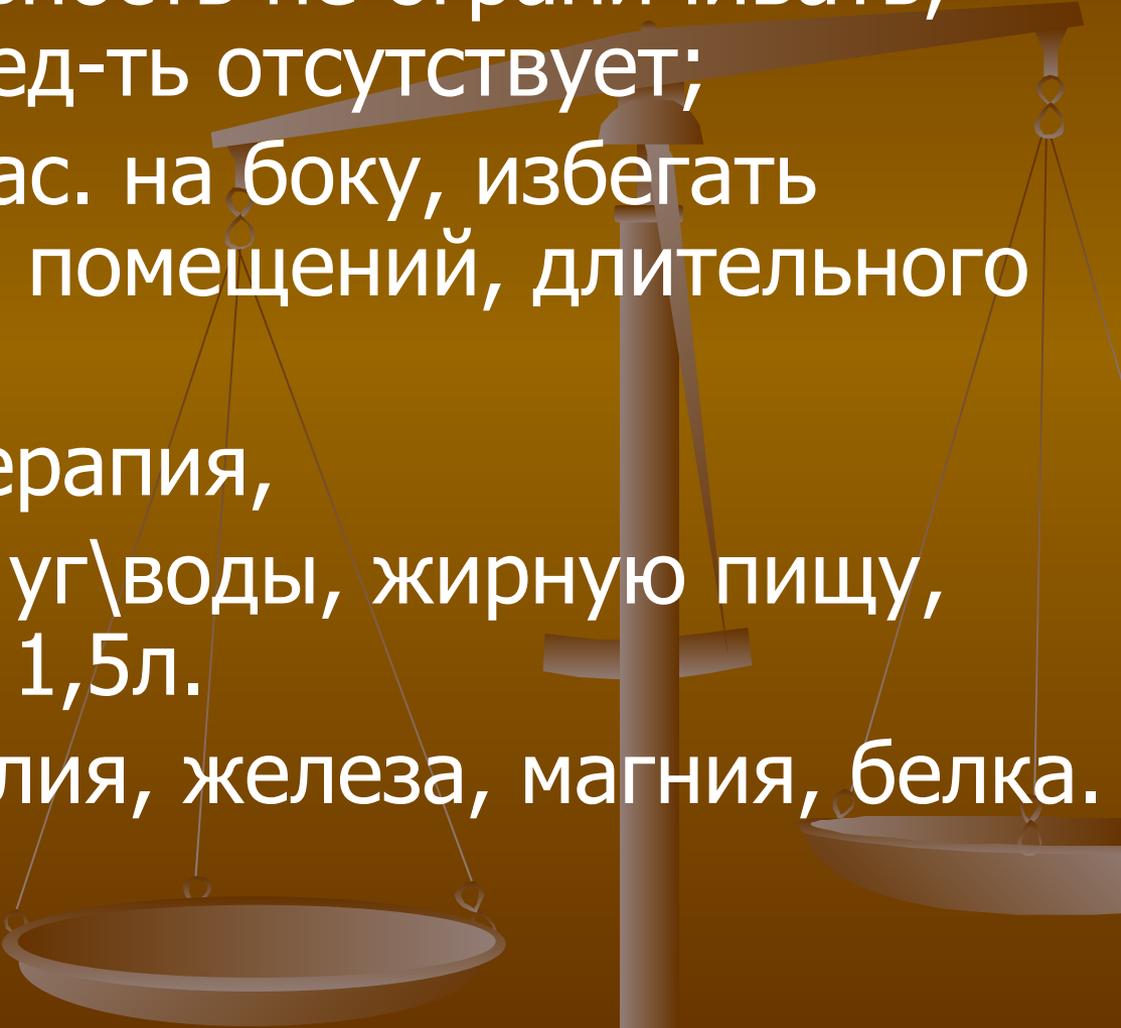
- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС): индометацин, бруфен, ортофен и др. – при беременности п/показаны даже гели мази из этих препаратов.
- Бутадион в период бер-ти назначают для снятия активности ревматич-го процесса только по строгим показ-ям в связи с усилением хромосомных aberrаций в лимфоцитах человека под его влиянием.



- Препараты 4-аминохинолинового ряда при бер-ти тоже п\показаны,
- Этиотропную терапию проводят а\б пенициллинового ряда, безвредные для плода.

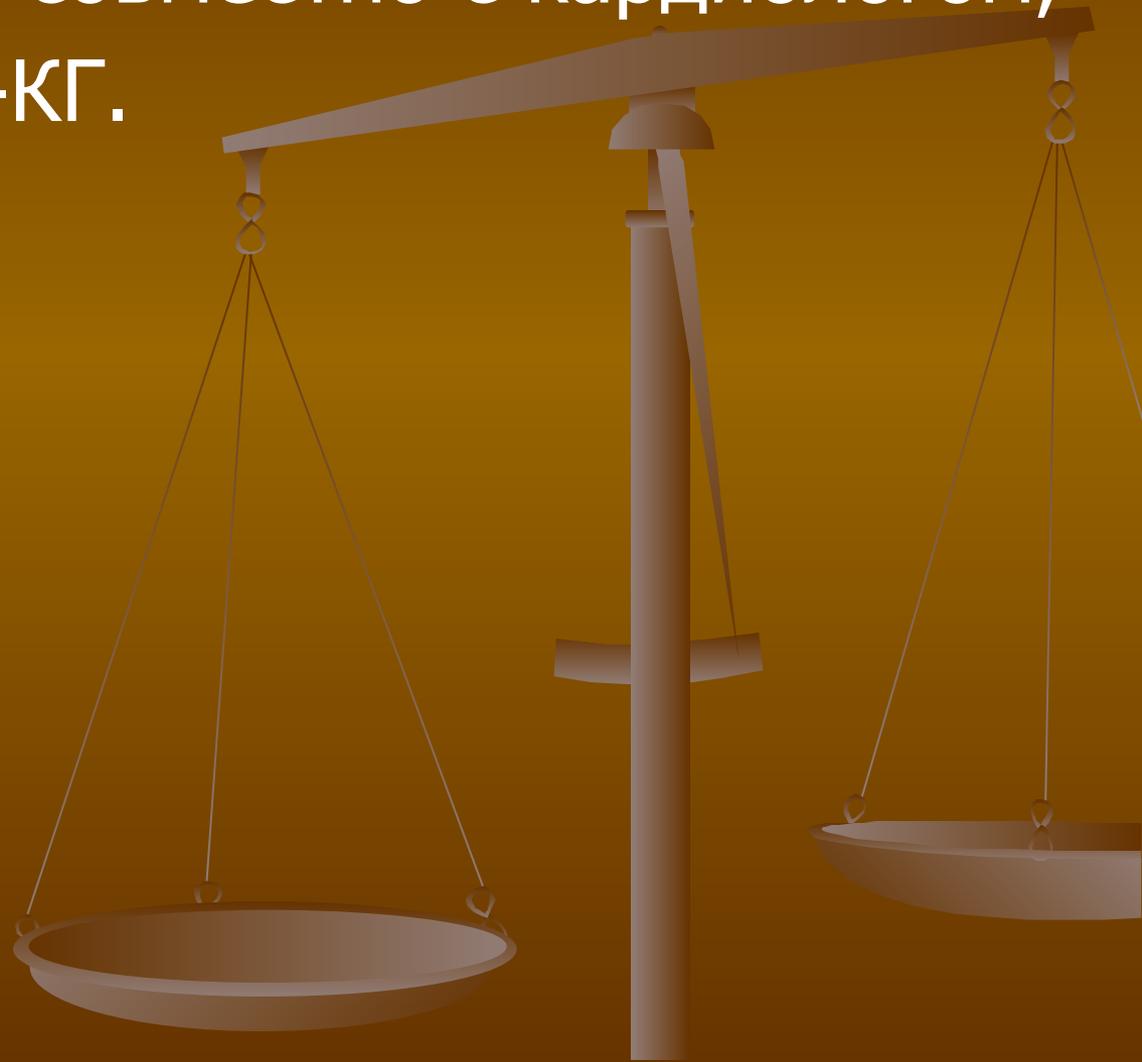


Режим, диета

- Физическую активность не ограничивать, если сердечная недостаточность отсутствует;
 - Днем отдых 1-2 час. на боку, избегать душных, влажных помещений, длительного стояния на ногах,
 - ЛФК, кислородотерапия,
 - Ограничить соль, углеводы, жирную пищу, жидкость до 1,2 - 1,5л.
 - Много витВ, С, калия, железа, магния, белка.
- 

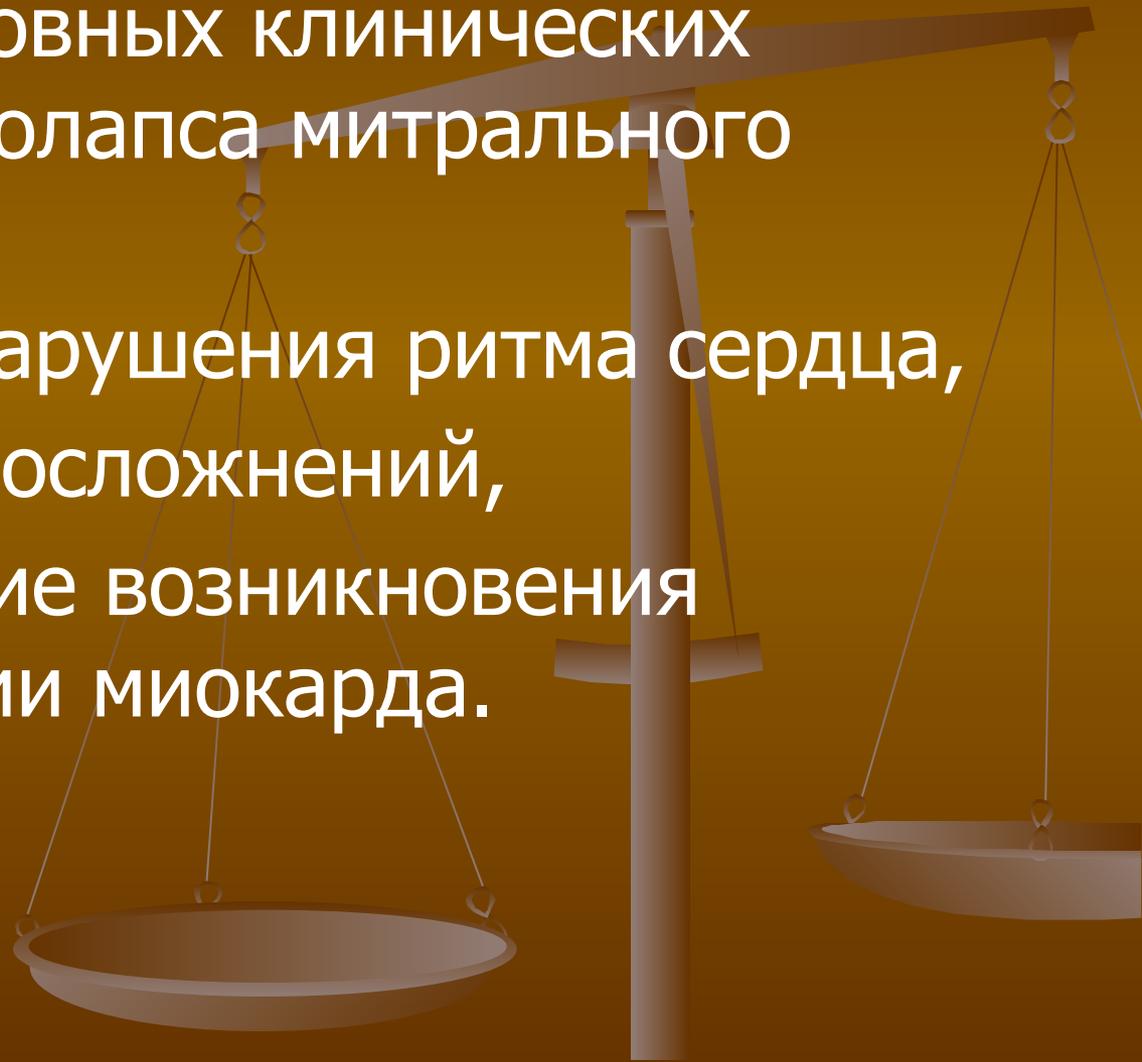
Пролапс митрального клапана

- Ведение беременности совместно с кардиологом,
- Выполняют ЭХО-КГ.



Цели лечения

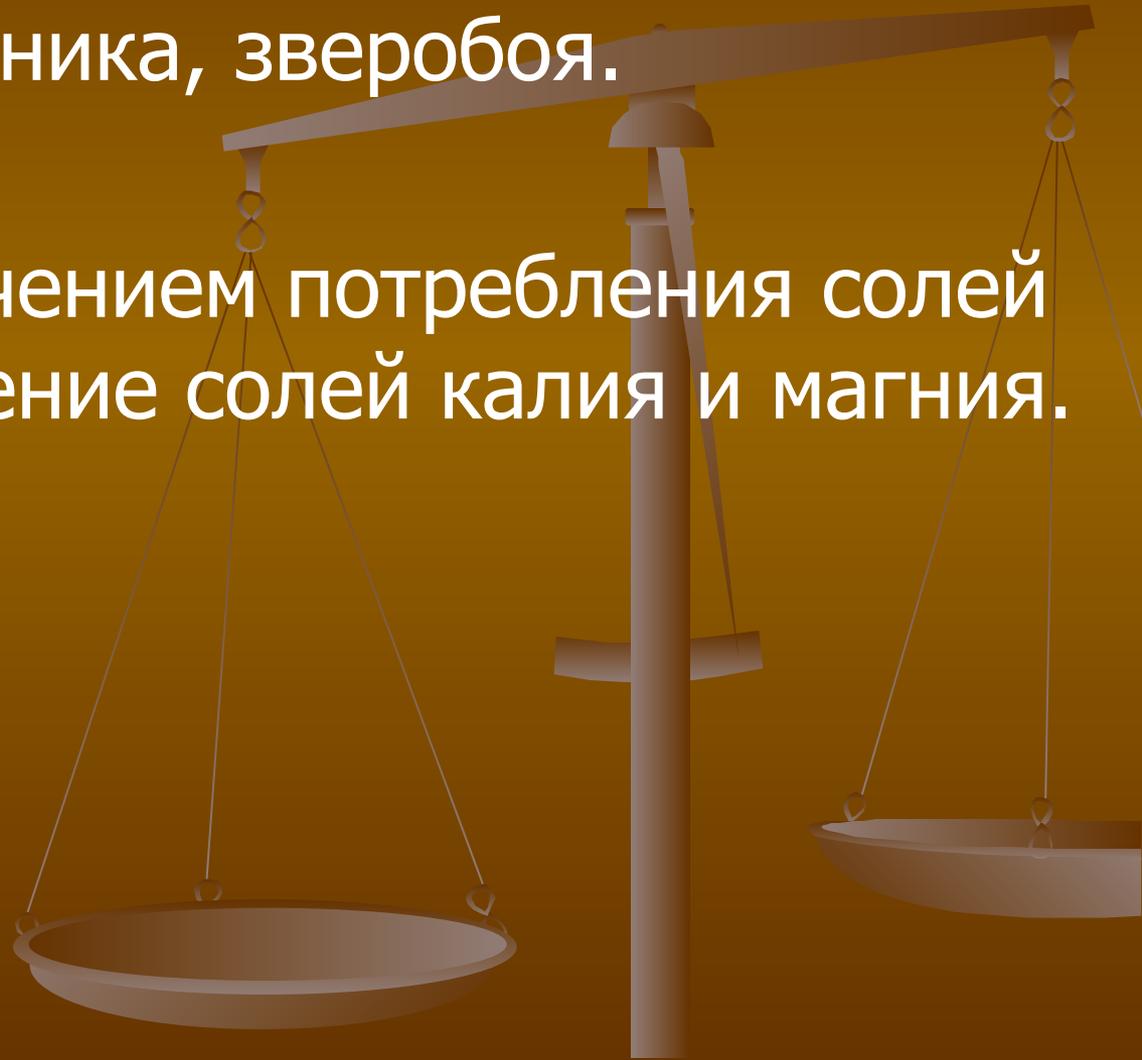
- Коррекция основных клинических проявлений пролапса митрального клапана,
- Купирование нарушения ритма сердца,
- Профилактика осложнений,
- Предупреждение возникновения нейродистрофии миокарда.



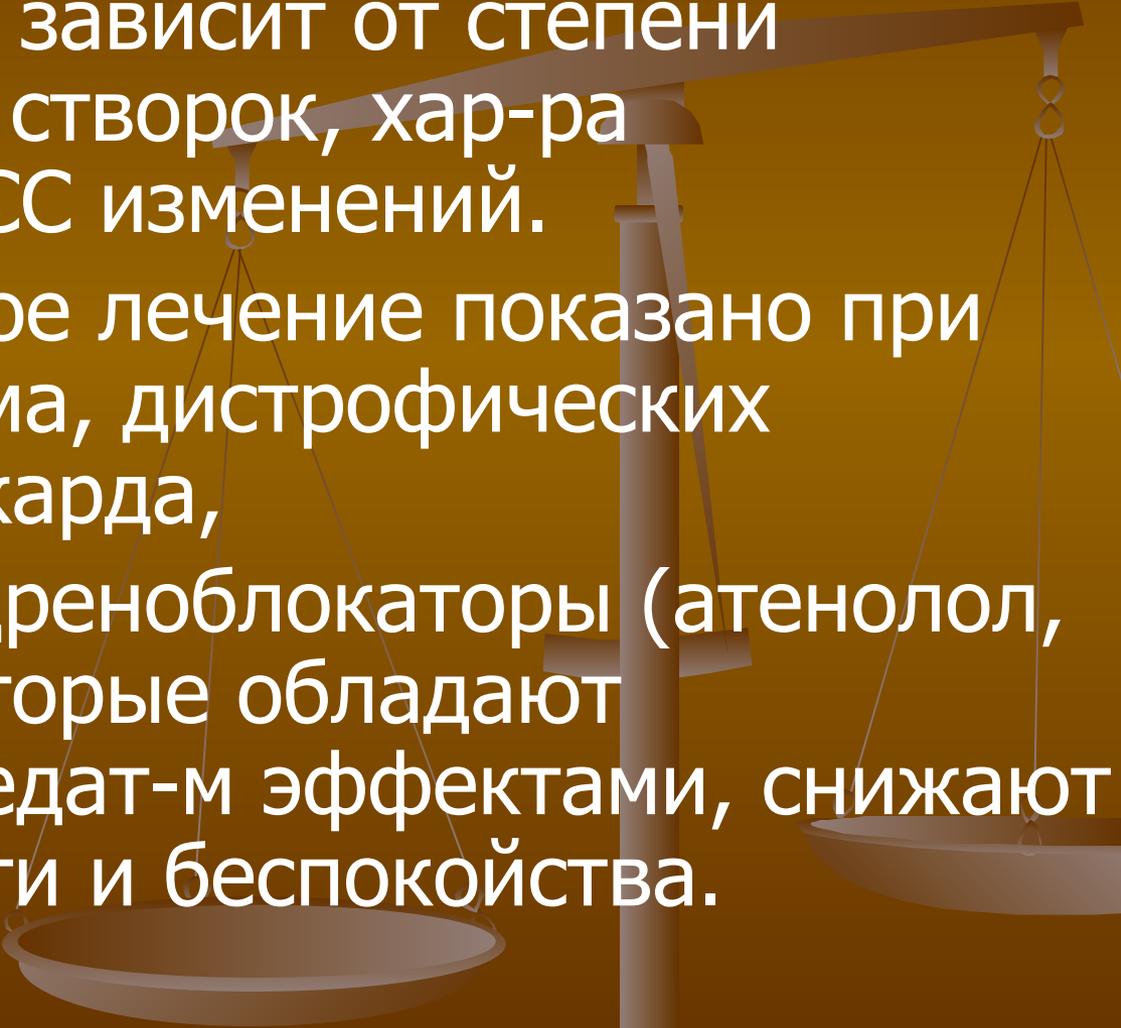
Немедикаментозное лечение

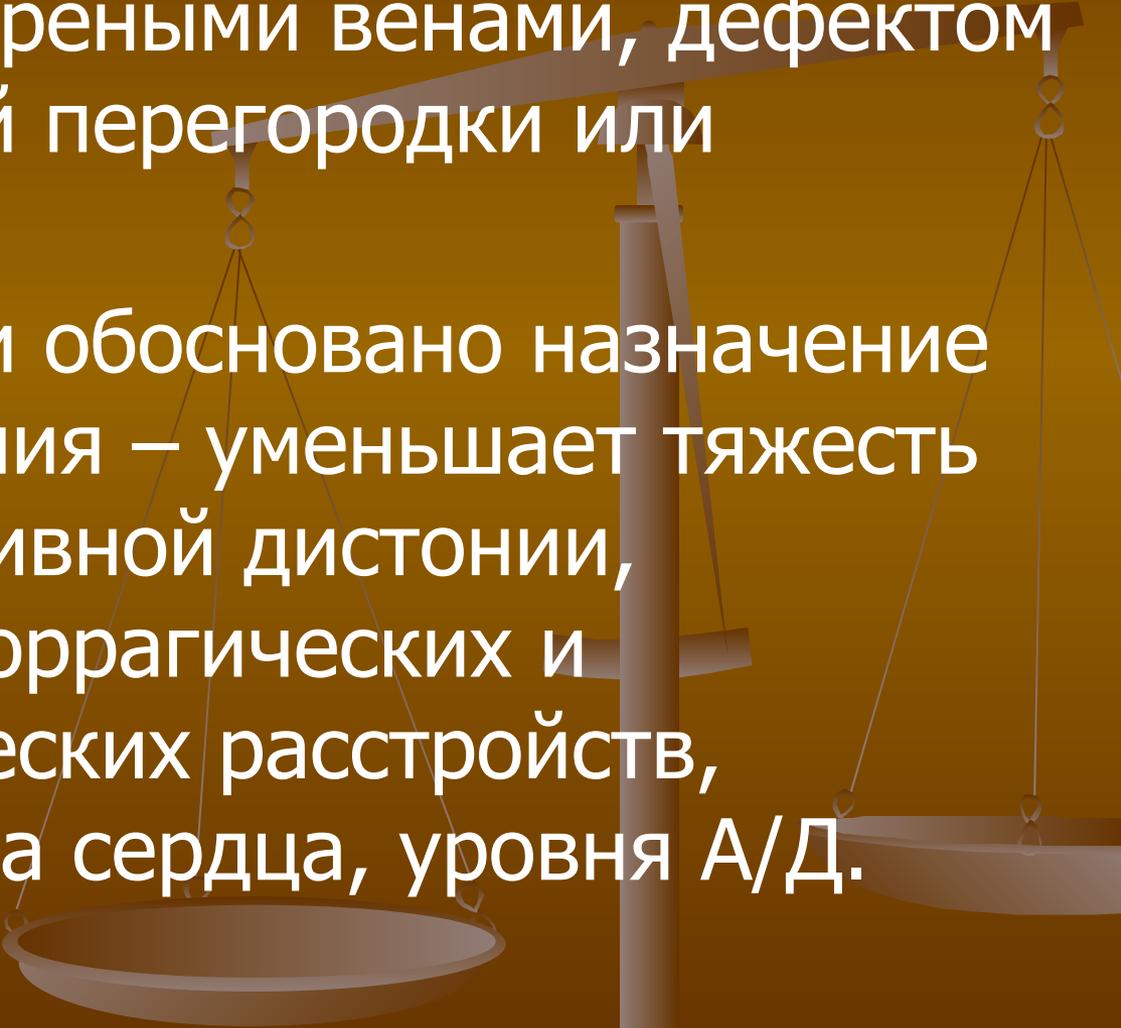
- Рациональная психотерапия (позволяет снизить эмоциональную напряженность, обеспечить психологическую адаптацию в течение беременности).
- Физиотерапия (водные процедуры).
- Ограничение физич. активности (целесообразно при наличии митральной регургитации, серд. нед-ти, желудочковых аритмий, удлинении интервала Q - T).

- Фитотерапия седат. Травами с легким дегитратационным эффектом – настои валерьяны, пустырника, сборы трав шалфея, багульника, зверобоя.
- Диета с ограничением потребления солей натрия, увеличение солей калия и магния.



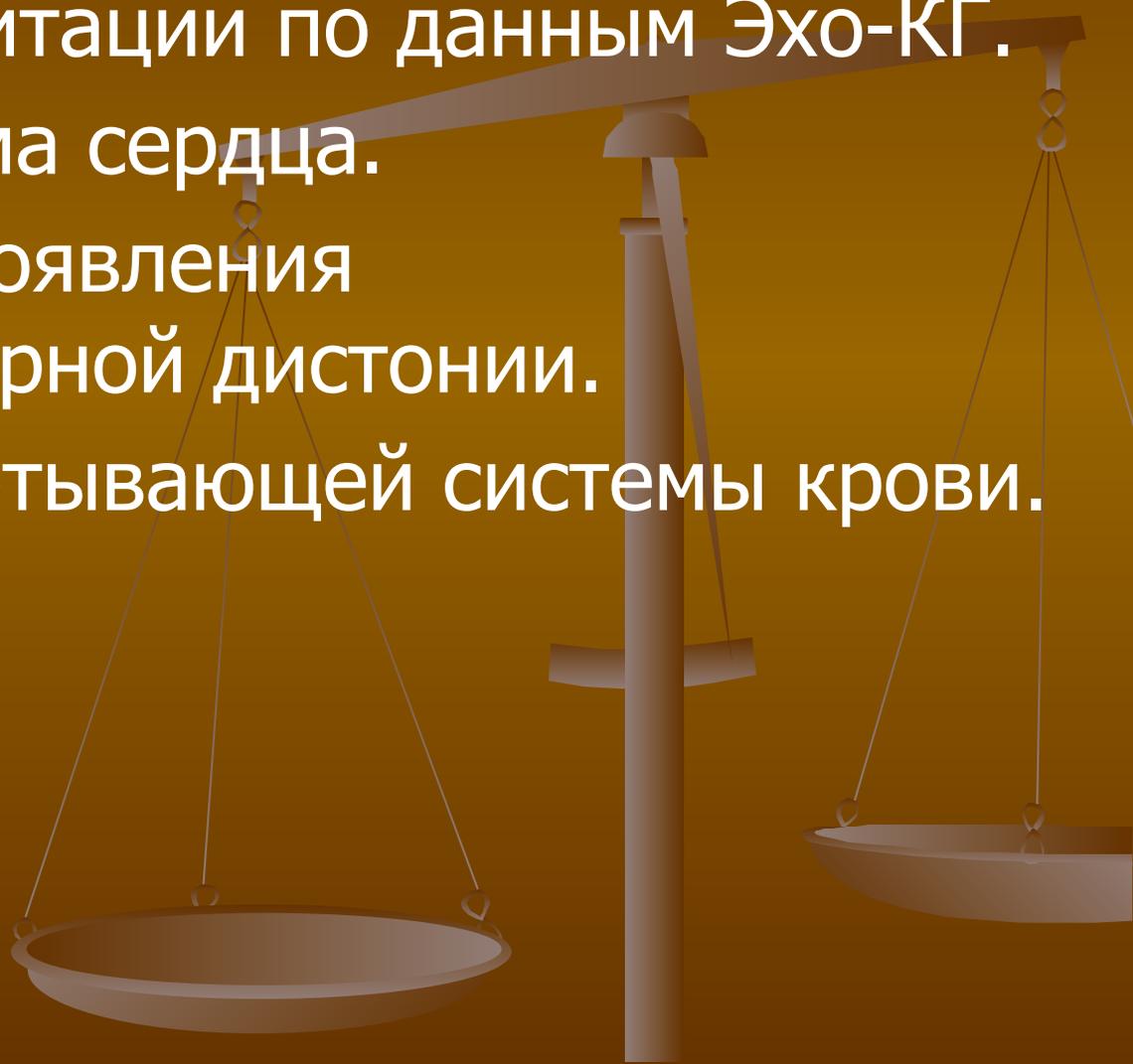
Медикаментозная терапия

- Тактика ведения зависит от степени пролабирования створок, хар-ра вегетативных и СС изменений.
 - Симптоматическое лечение показано при нарушениях ритма, дистрофических изменениях миокарда,
 - Часто прим. β -адреноблокаторы (атенолол, метапролол), которые обладают антиаритми-м, седат-м эффектами, снижают состояние тревоги и беспокойства.
- 

- 
- Профилактику системных или легочных тромбоэмболий проводят у пациенток с варикознорасширенными венами, дефектом межпредсердной перегородки или коагулопатиями.
 - Патогенетически обосновано назначение препаратов магния – уменьшает тяжесть синд-ма вегетативной дистонии, сосудистых, геморрагических и психопатологических расстройств, нарушений ритма сердца, уровня А/Д.

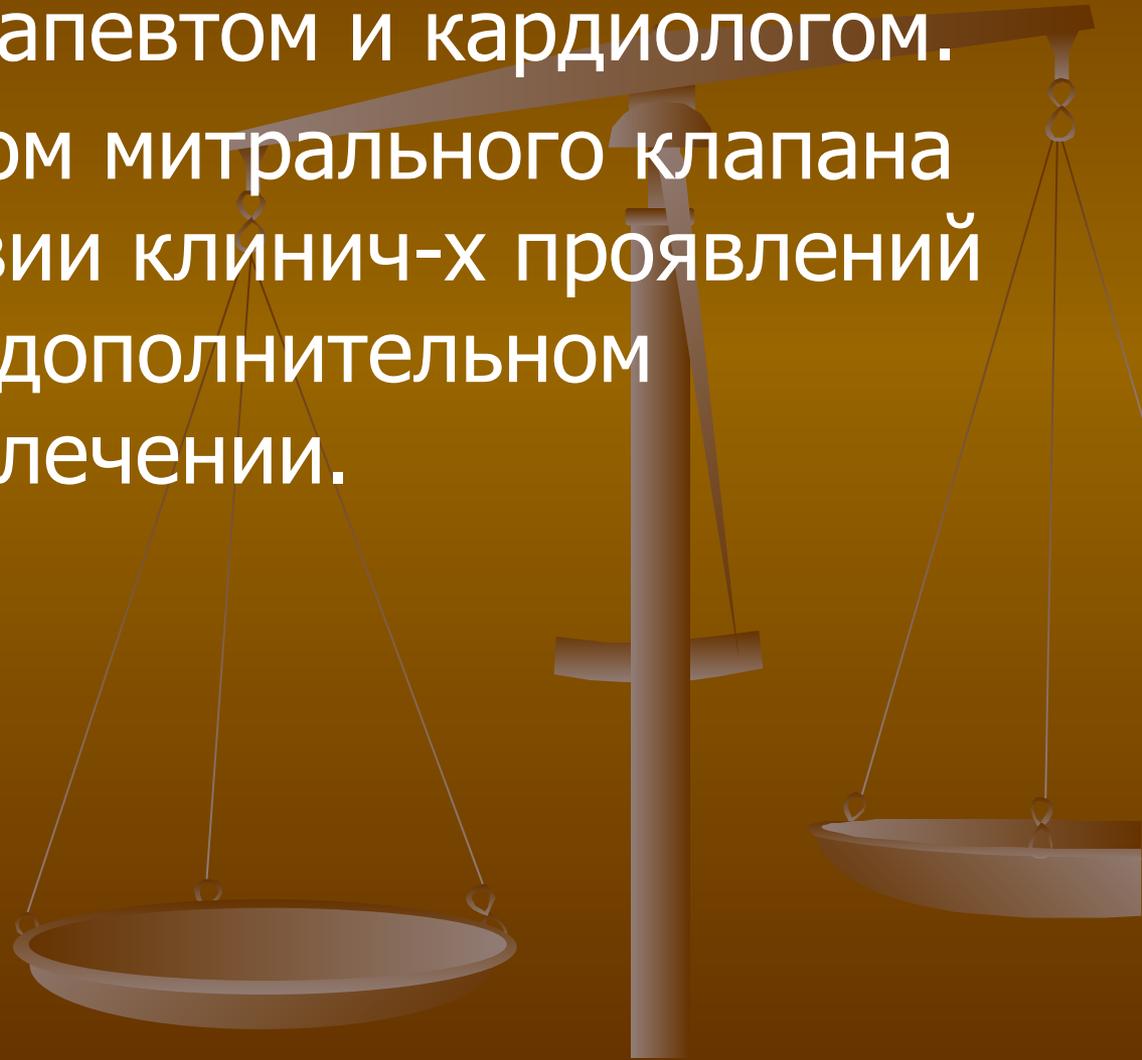
Показания к госпитализации

- Наличие регургитации по данным Эхо-КГ.
- Нарушение ритма сердца.
- Выраженные проявления нейроциркуляторной дистонии.
- Нарушения свертывающей системы крови.



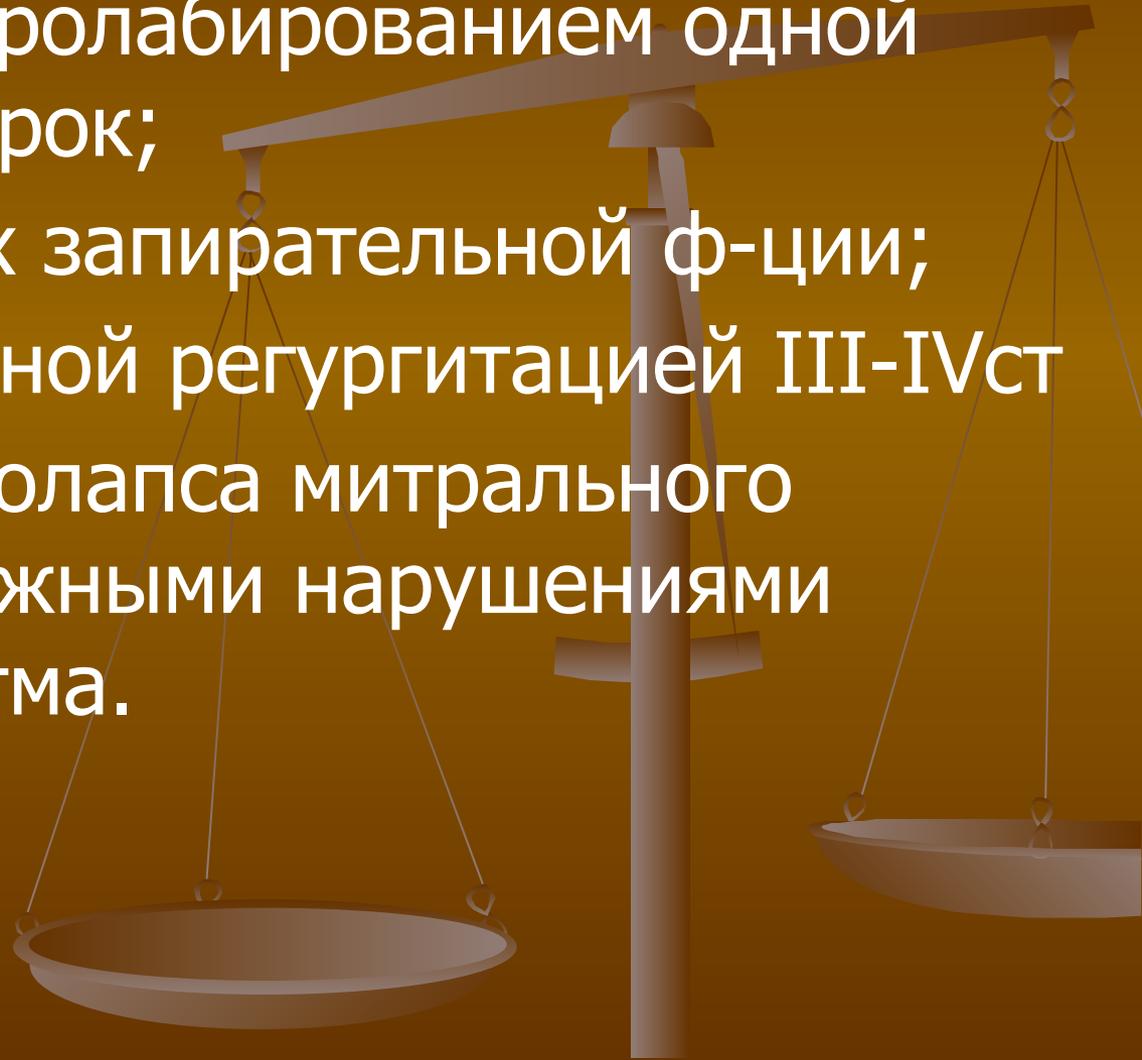
Наблюдения и дальнейшие действия

- Наблюдение терапевтом и кардиологом.
- Бер-е с пролапсом митрального клапана Іст. при отсутствии клинич-х проявлений не нуждаются в дополнительном обследовании и лечении.



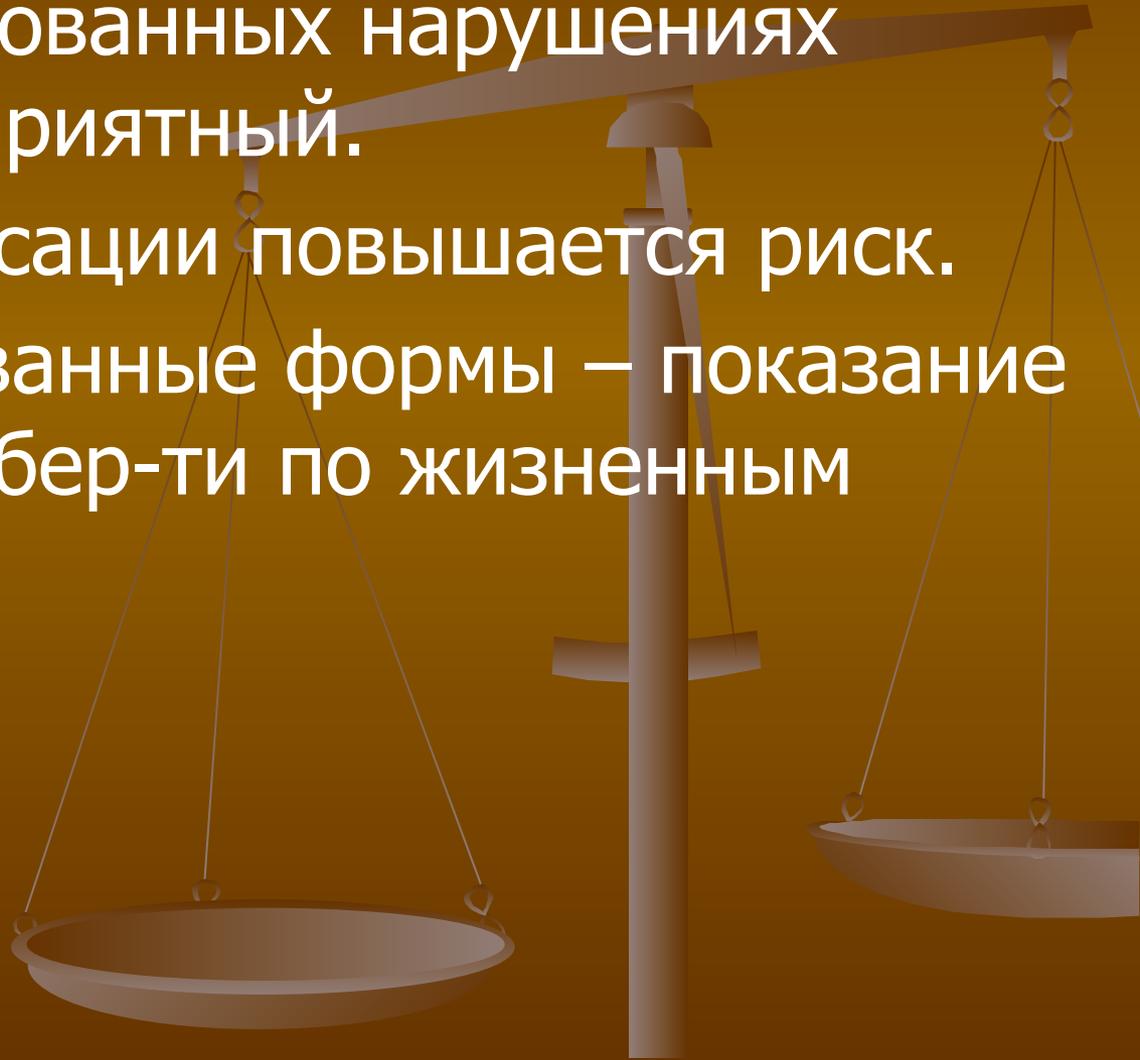
Внимания заслуживают беременные

- Выраженным пролабированием одной или обеих створок;
- Нарушением их запирающей ф-ции;
- Резко выраженной регургитацией III-IVст
- Сочетанием пролапса митрального клапана со сложными нарушениями сердечного ритма.



прогноз

- При компенсированных нарушениях прогноз благоприятный.
- При субкомпенсации повышается риск.
- Декомпенсированные формы – показание к прерыванию бер-ти по жизненным показаниям.



Гипертоническая б-нь и бер - ость

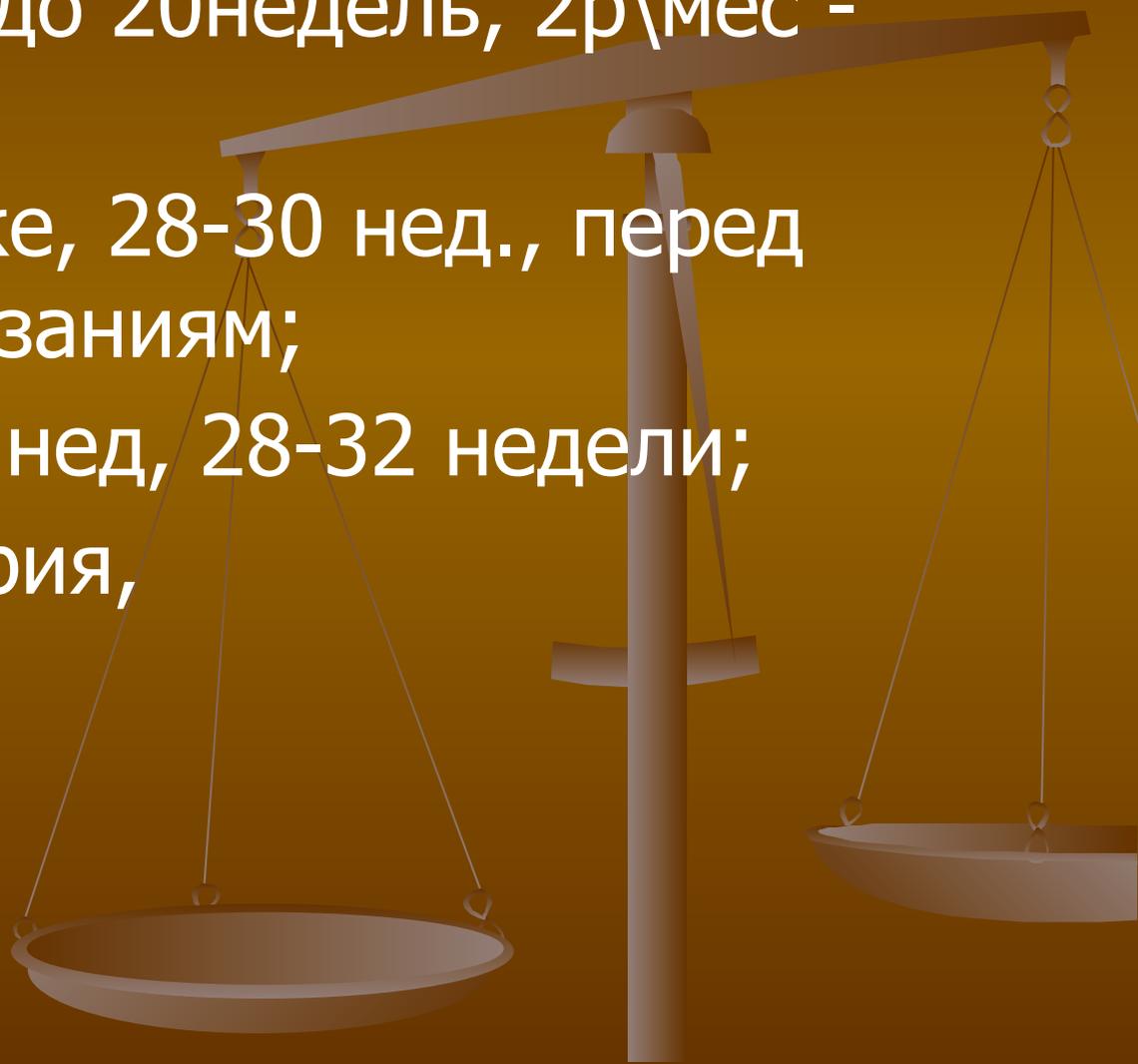
Артериальную гипертензию (АГ)

диагностируют, если систолическое АД составляет 140 мм рт. ст. и более, диастолическое - 90 мм рт.ст., у лиц не принимающих антигипертензивные препараты.

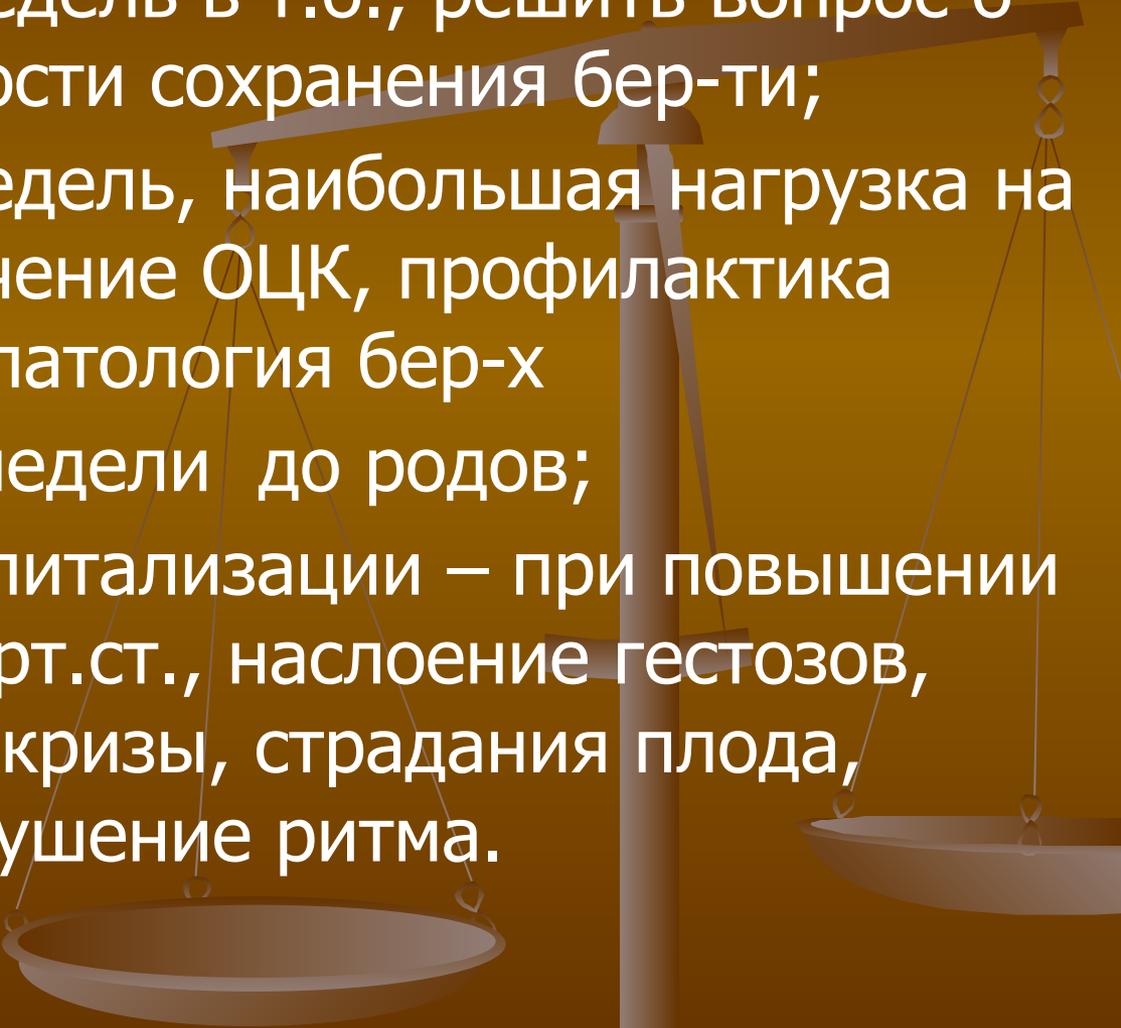
- АГ у бер-х составляет 7 - 29%, материнская смертность, по данным ВОЗ – до 40%

Ведение беременных

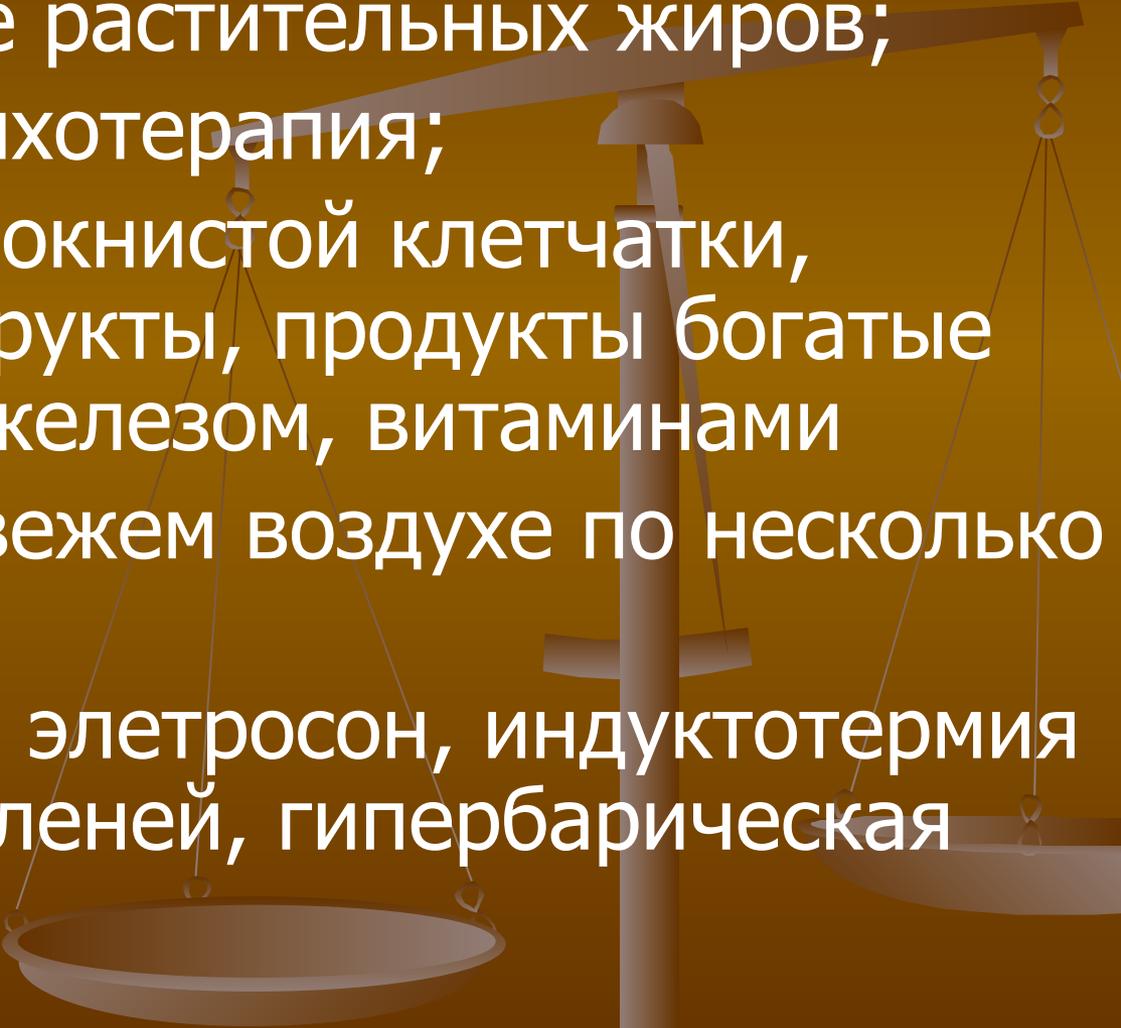
- Терапевт-1р\мес до 20недель, 2р\мес - после 20 недель;
- Окулист - при явке, 28-30 нед., перед родами и по показаниям;
- ЭХО, ЭКГ – 14-16 нед, 28-32 недели;
- УЗИ, доплерометрия,



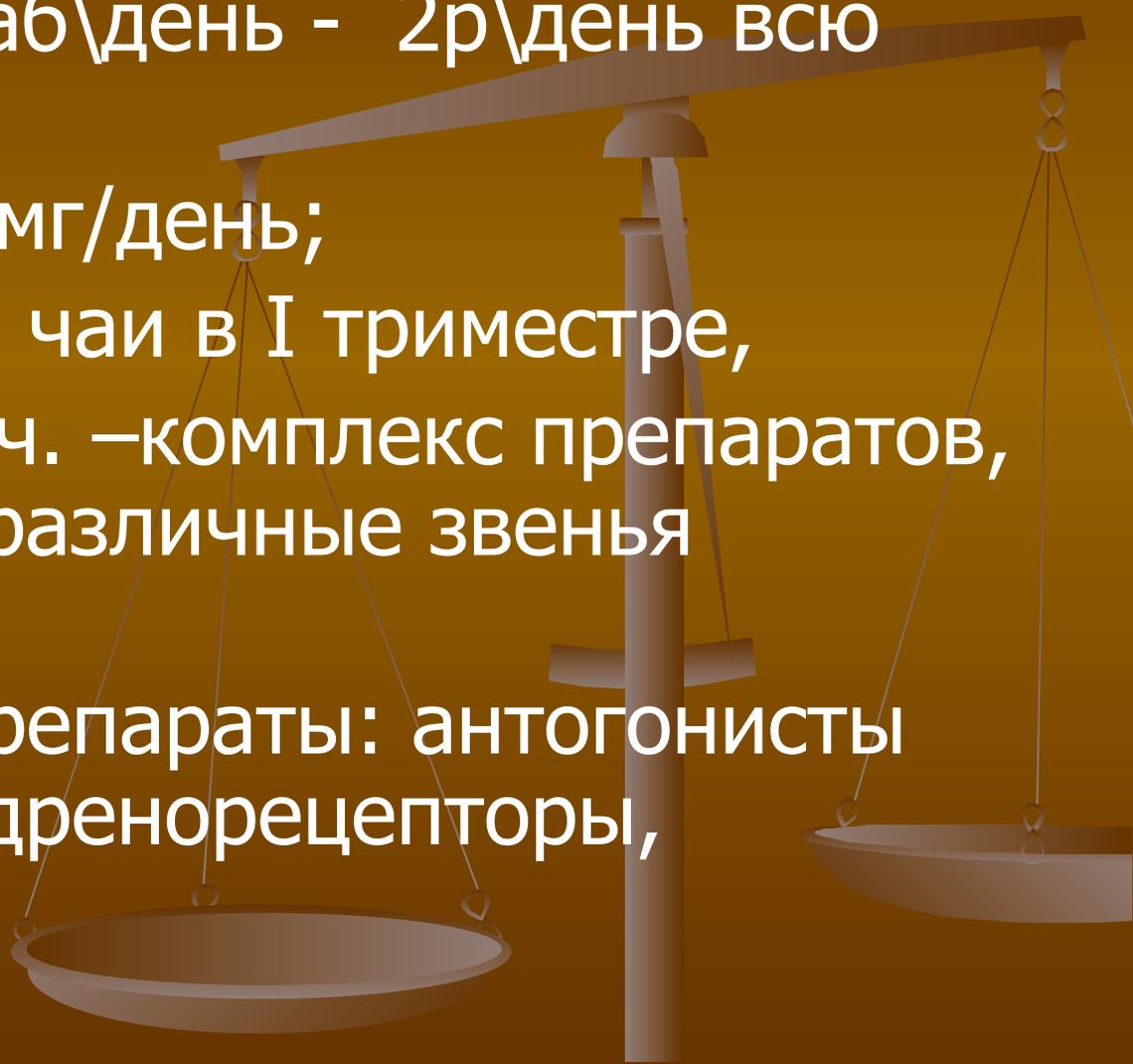
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Первая – до 12 недель в т.о., решить вопрос о ст. ГБ и возможности сохранения бер-ти;
 - Вторая – 27-32-недель, наибольшая нагрузка на ССС, макс. увеличение ОЦК, профилактика гестоза, т.о. или патология бер-х
 - Третья – за 2- 3 недели до родов;
 - Внеплановые госпитализации – при повышении А/Д выше 160 ммрт.ст., наслоение гестозов, гипертонические кризы, страдания плода, стенокардии, нарушение ритма.
- 

Лечение, диета

- Ограничить кофе, соли, углеводы, жирное мясо, уменьшение растительных жиров;
 - Рациональная психотерапия;
 - Больше грубо волокнистой клетчатки, отруби, овощи, фрукты, продукты богатые йодом, магнием, железом, витаминами
 - Пребывание на свежем воздухе по несколько часов в день;
 - физиопроцедуры: элетросон, индуктотермия области стоп и голеней, гипербарическая оксигенация.
- 

- Магний до 300 мг\день (Магний В6, Магнерот) по 2 таб 3р\д 2-3 недели, 2 таб - 2р\д 10 дней, 1 таб\день - 2р\день всю беременность;
- Кальций до 1000 мг/день;
- Седативные фито чаи в I триместре,
- Медикам - ное леч. –комплекс препаратов, действующих на различные звенья патогенеза ГБ.
- Гипотензивные препараты: антогонисты кальция, α - и β -адренорецепторы, спазмолитики;



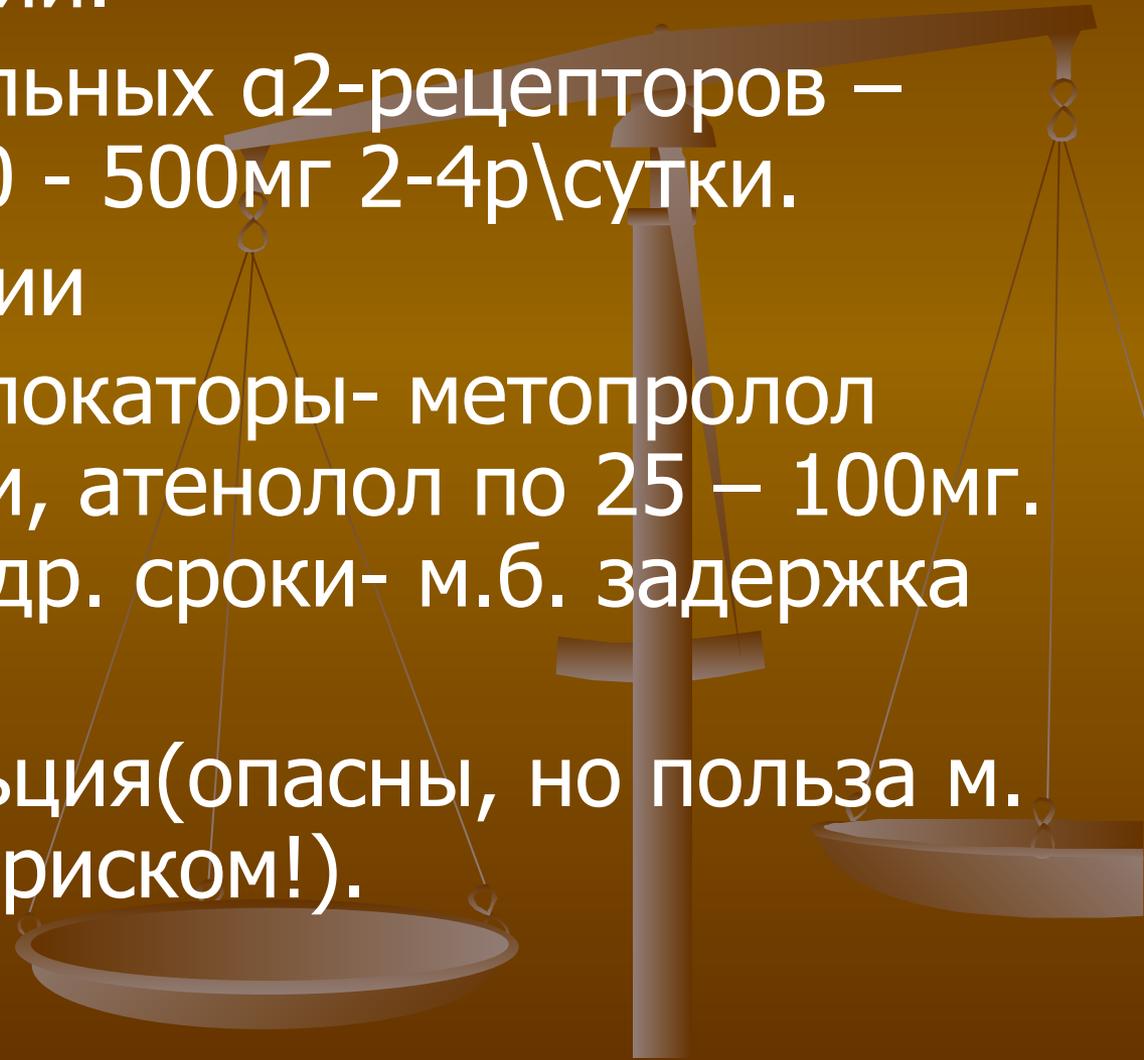
Медикаментозная терапия

Препараты 1-й линии.

- Агонисты центральных α_2 -рецепторов – метилдопа по 250 - 500мг 2-4р\сутки.

Препараты 2-й линии

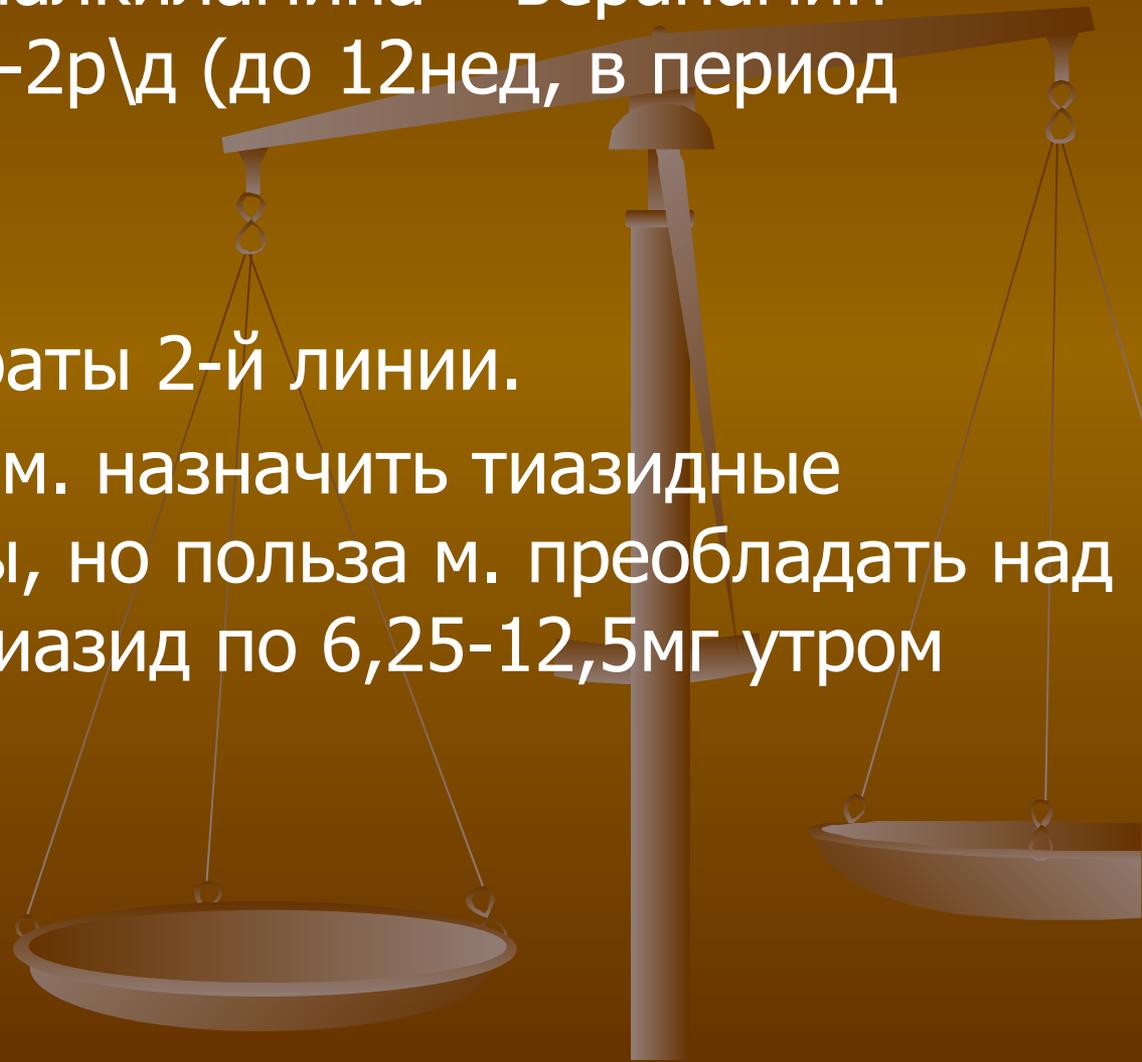
- Селективные β -блокаторы- метопролол 25-100мг 1р\сутки, атенолол по 25 – 100мг. В 3 триместре, в др. сроки- м.б. задержка роста плода.
- Антагонисты кальция(опасны, но польза м. преобладать над риском!).



- Производные дигидропиридина – нифедипин 10-20мг. 2р\д, амлодипин внутрь 2,5-5мг 1-2р\д
- Производные фенилалкиламина – верапамин внутрь 120-240 мг 1-2р\д (до 12нед, в период кормления).

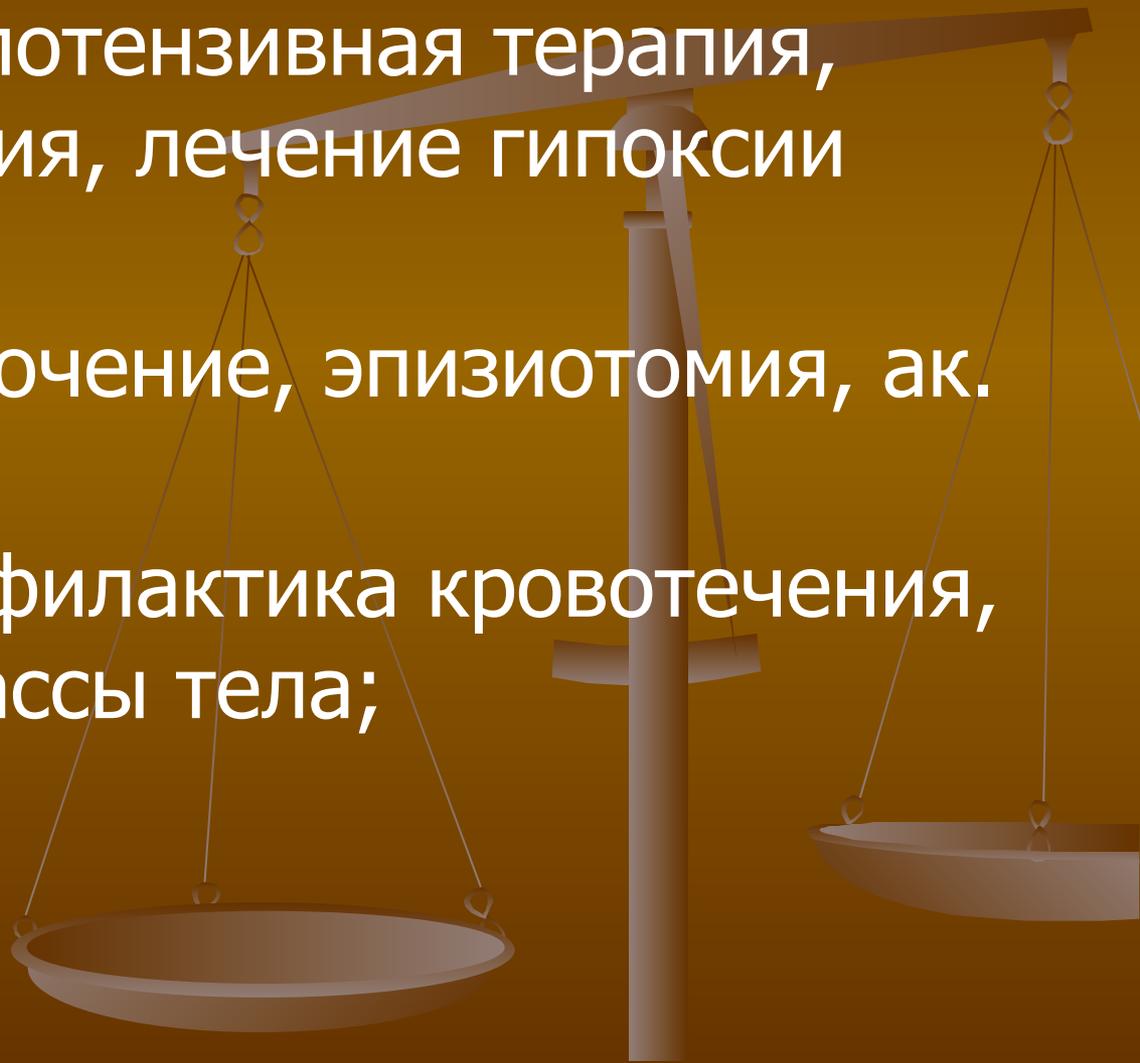
Препараты 3-й линии

- Метилдопа+ препараты 2-й линии.
- Короткими курсами м. назначить тиазидные мочегонные (опасны, но польза м. преобладать над риском) гидрохлортиазид по 6,25-12,5мг утром натоцак.



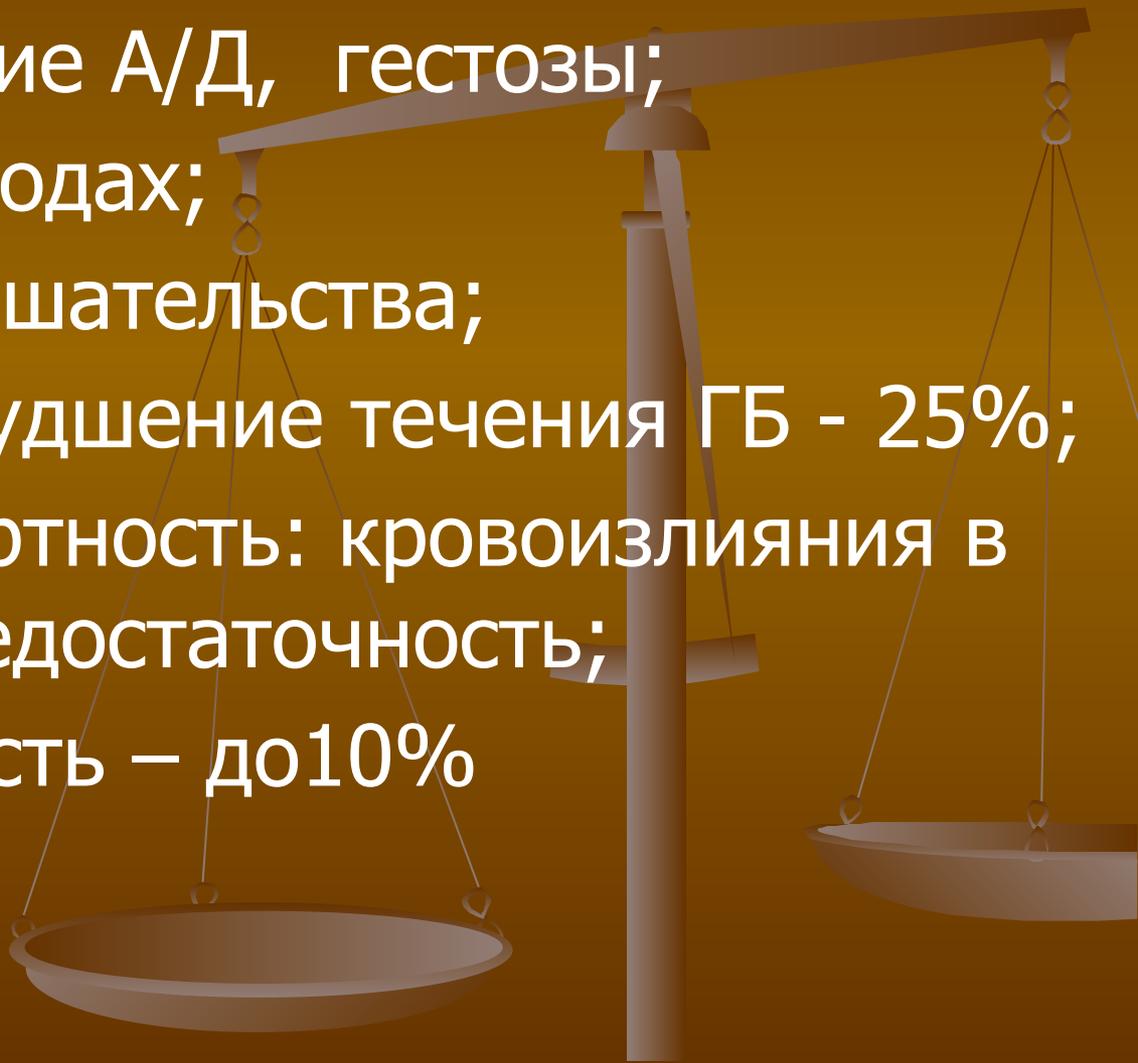
родоразрешение

- В I периоде: адекватное обезболивание, контроль А/Д, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия, лечение гипоксии плода;
- II период - укорочение, эпизиотомия, ак. щипцы;
- III период – профилактика кровотечения, ДПК – 0,3% от массы тела;



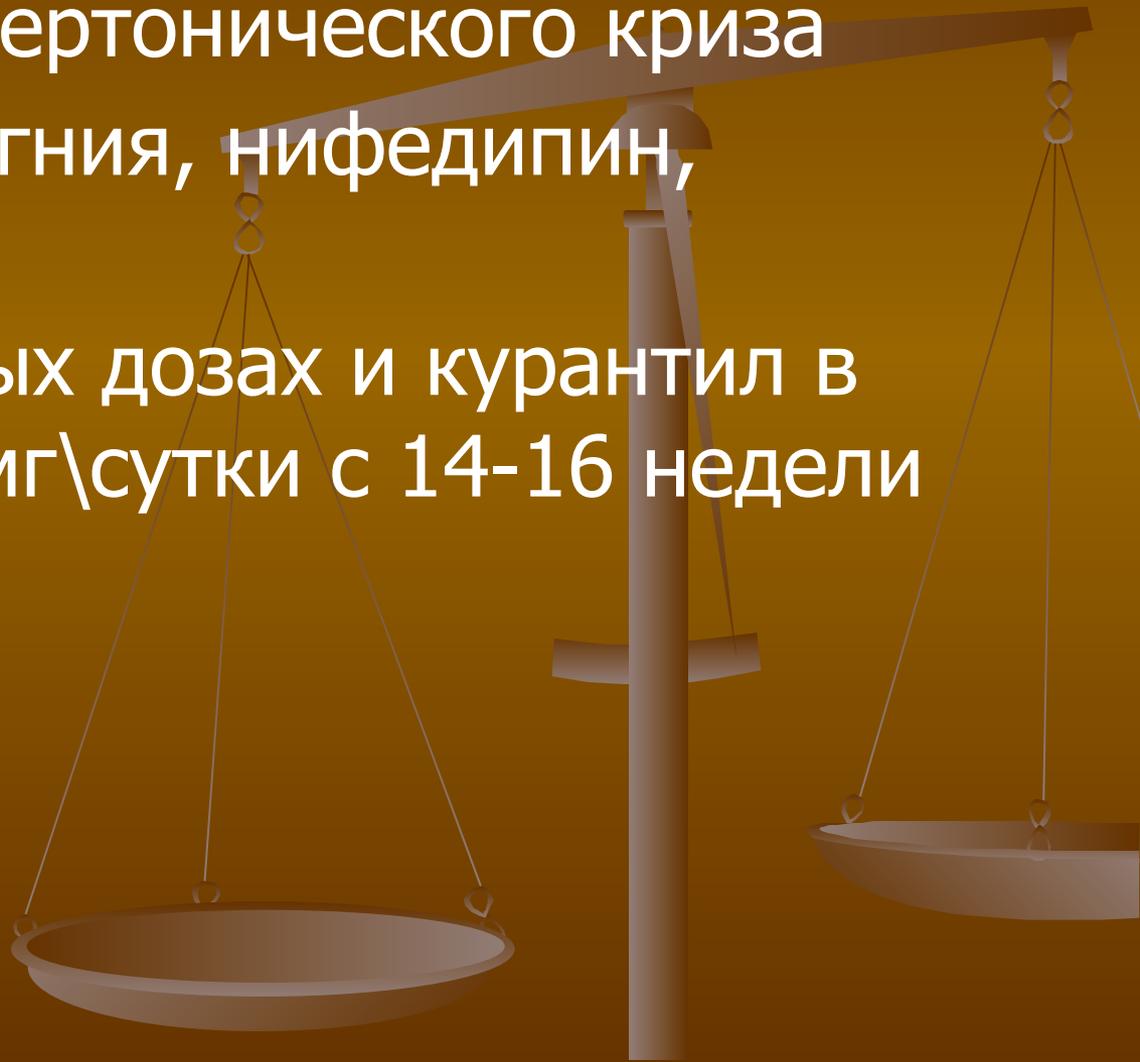
Осложнения в родах

- Гипоксия плода – до 50%;
- ПОНРП, повышение А/Д, гестозы;
- Кровотечения в родах;
- Оперативные вмешательства;
- После родов – ухудшение течения ГБ - 25%;
- Материнская смертность: кровоизлияния в мозг, ТЭЛА, СС недостаточность;
- Мертворождаемость – до 10%



Купирование гипертонического криза

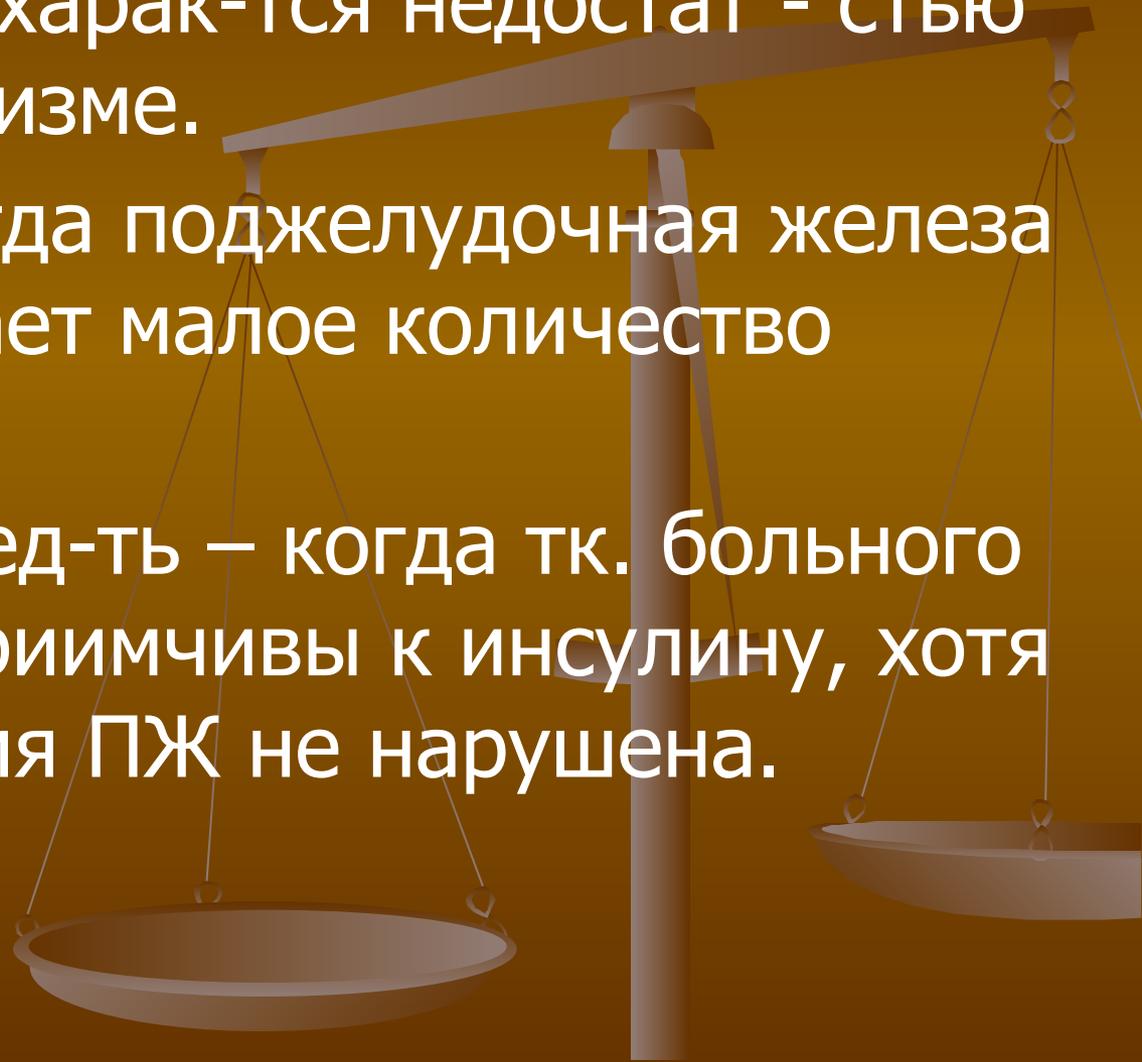
- в\в сульфат магния, нифедипин, клофелин.
- Аспирин в малых дозах и курантил в дозе 150 - 225мг\сутки с 14-16 недели до родов.



Сахарный диабет и беременность

Это заб-е, которое харак-тся недостат - стью инсулина в организме.

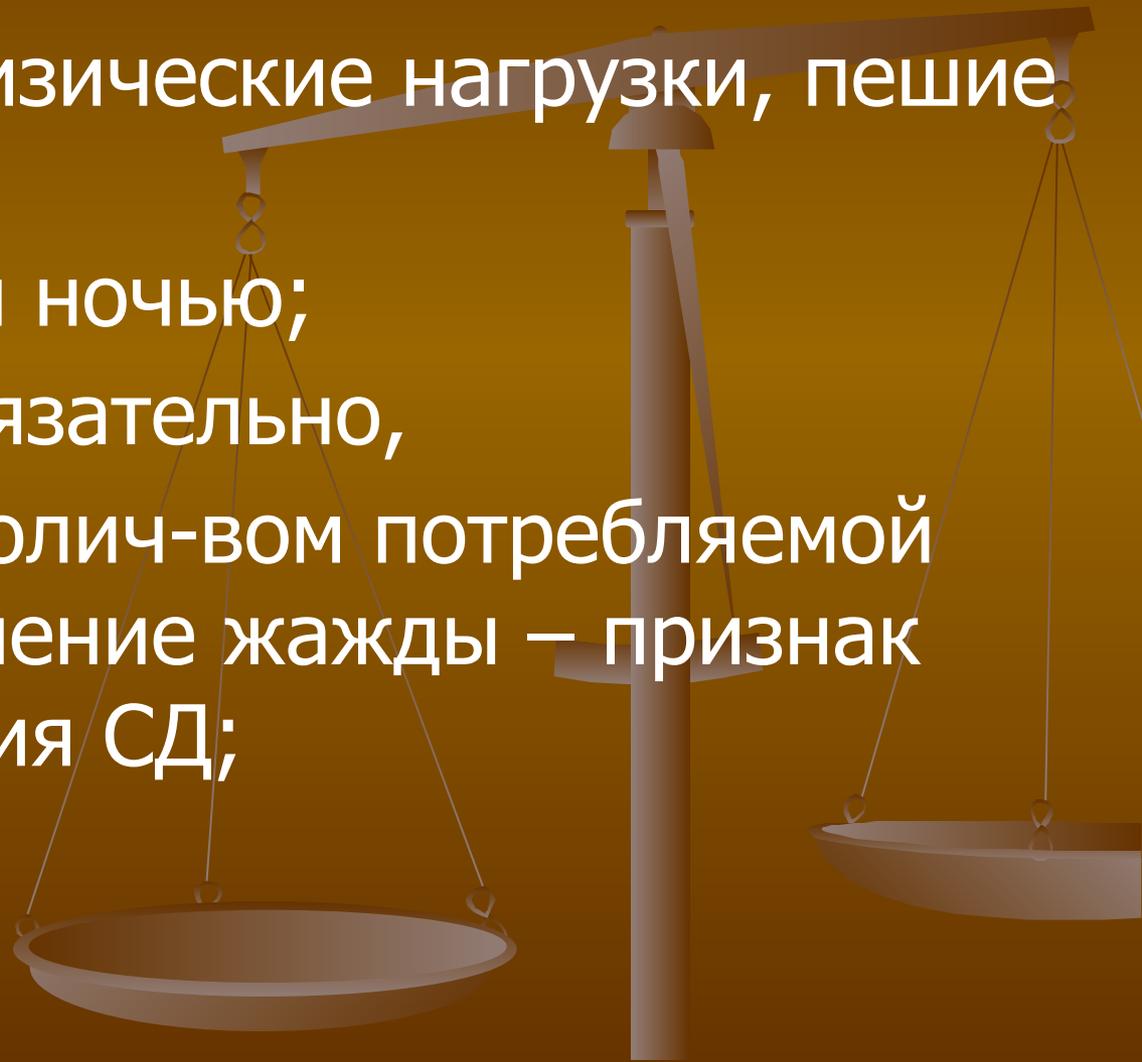
- Абсолютная – когда поджелудочная железа (ПЖ) вырабатывает малое количество гомона,
- Относительная нед-ть – когда тк. больного человека невосприимчивы к инсулину, хотя секреторная ф-ция ПЖ не нарушена.



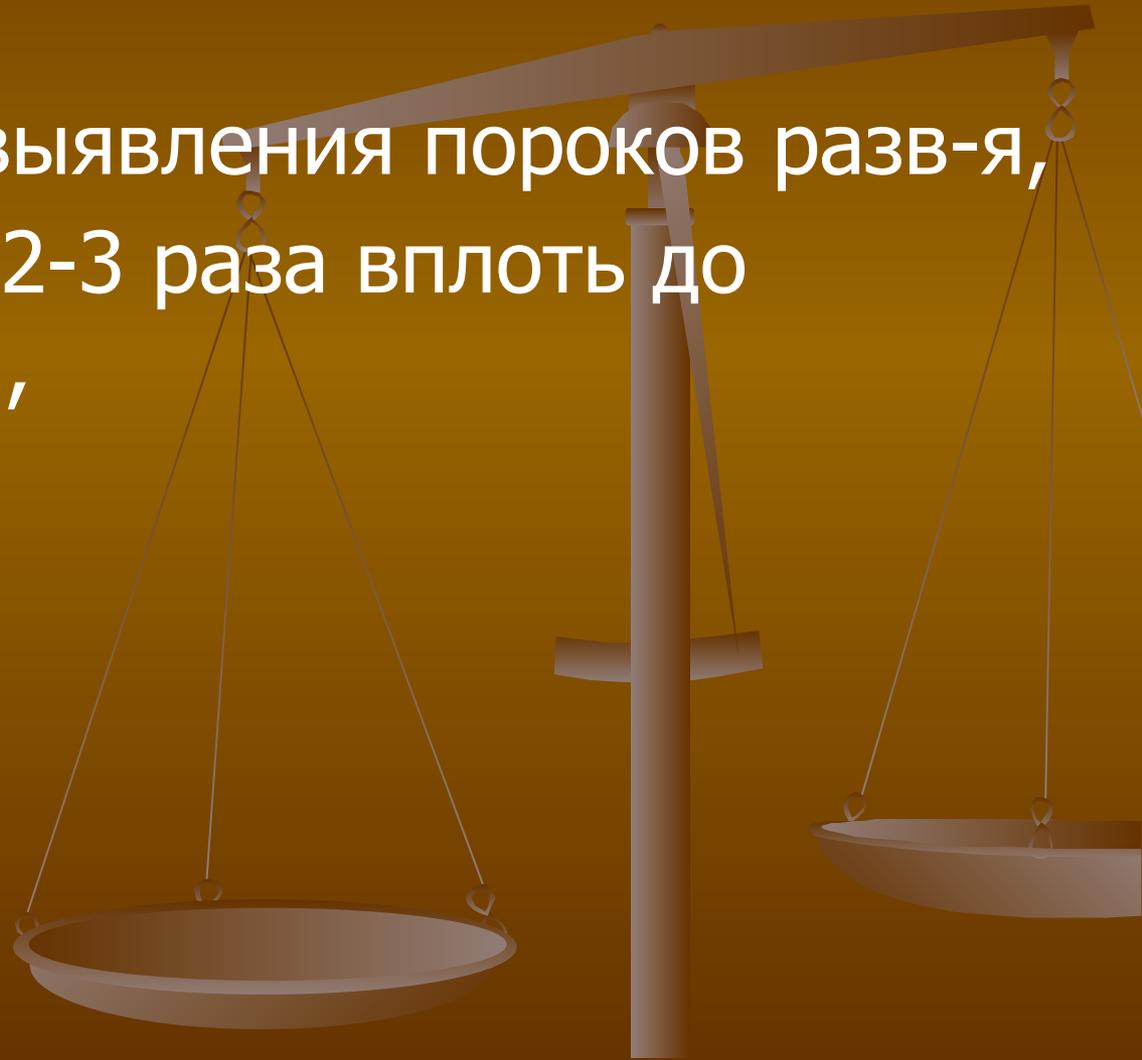
Тактика ведения бер-х

Рекомендуются

- Дозированные физические нагрузки, пешие прогулки;
- Полноценный сон ночью;
- 1 час сна днем обязательно,
- Наблюдение за колич-вом потребляемой жидкости; увеличение жажды – признак ухудшения течения СД;

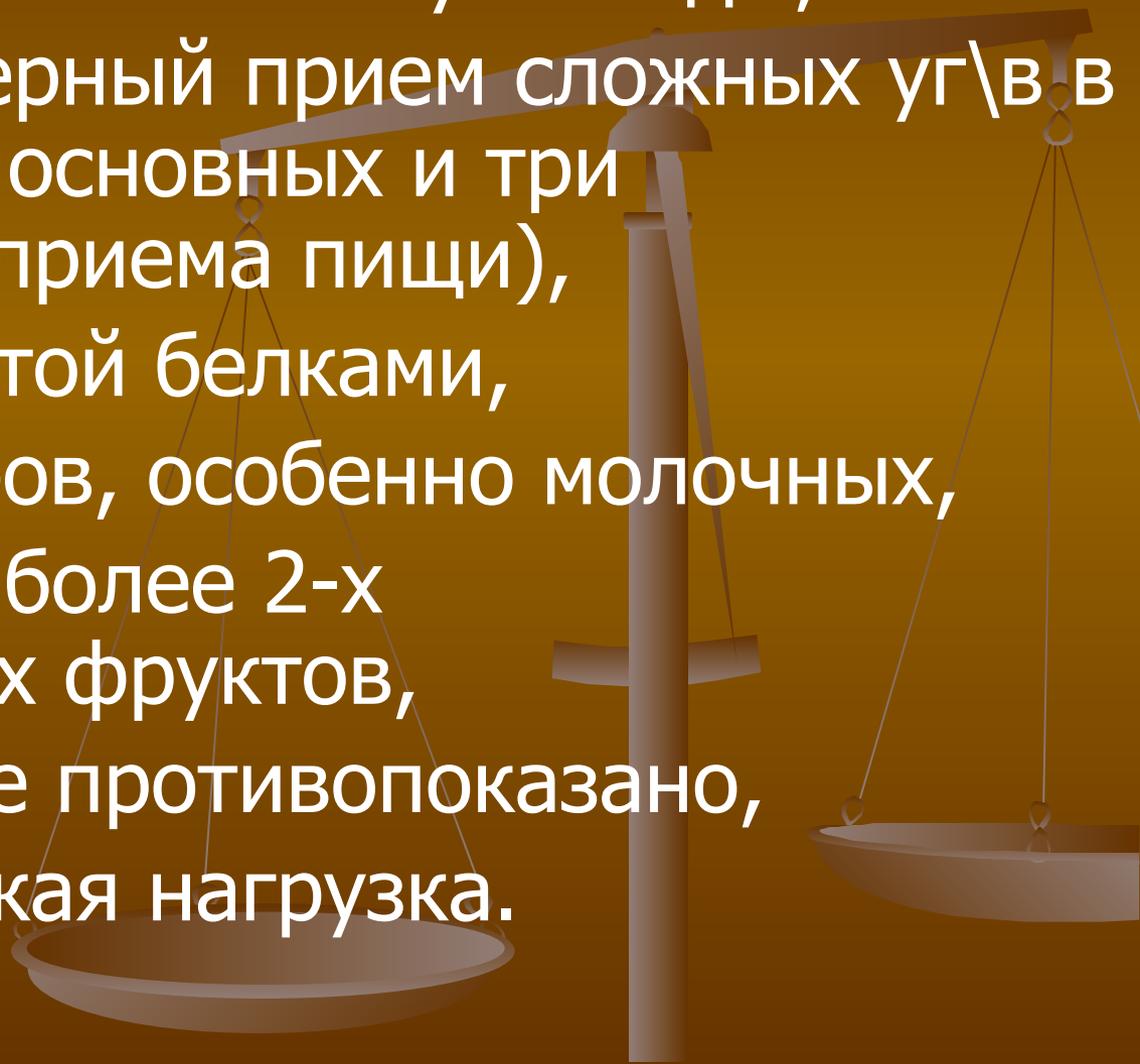


- УЗИ обследование: при первом посещении для уточнения срока бер-ти,
- 12-13 нед.
- 19 - 20 нед – для выявления пороков разв-я,
- В III триместре 2-3 раза вплоть до родоразрешения,



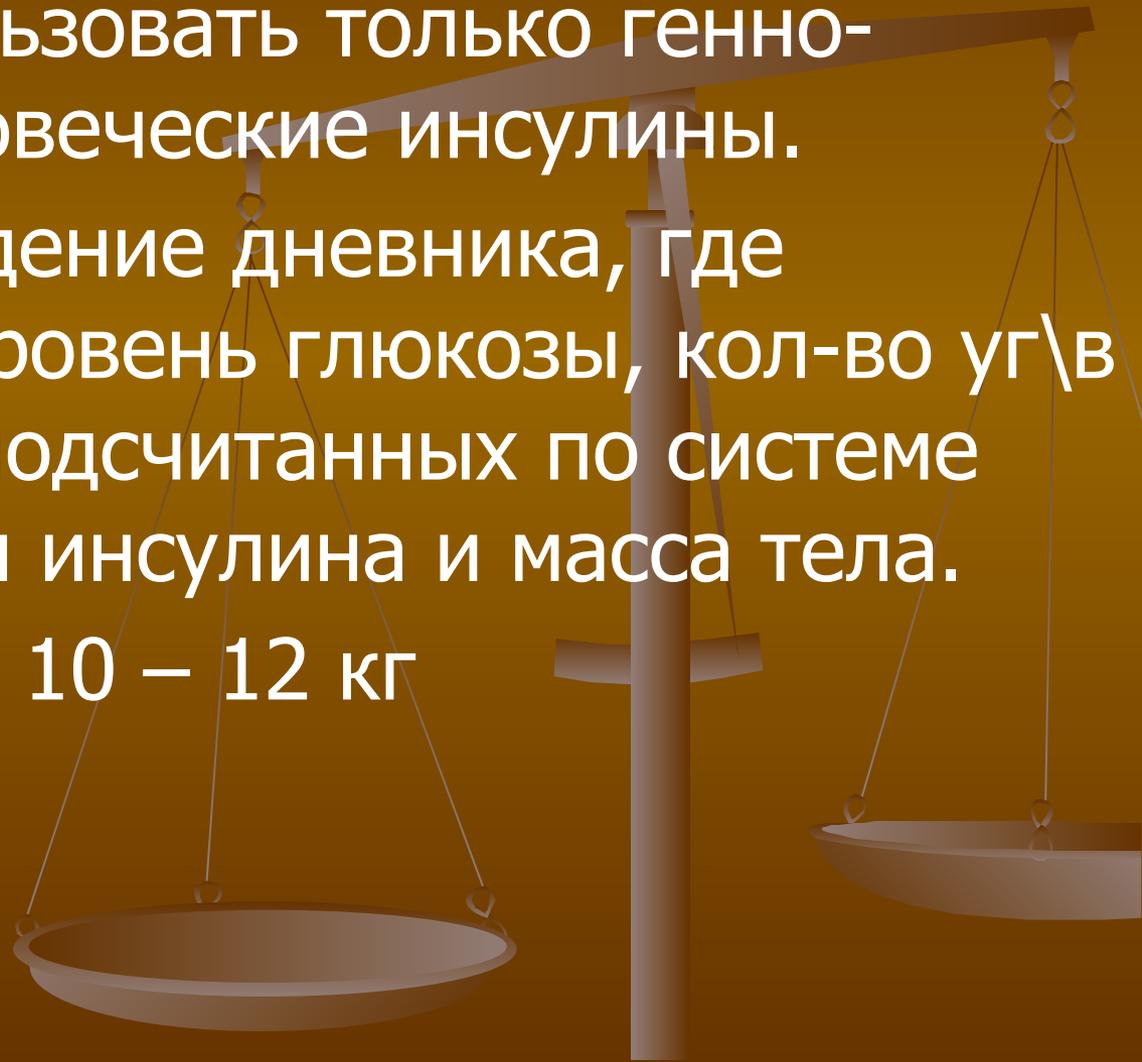
Немедикаментозное лечение

- Исключить легкоусвояемые углеводы,
- Дробный равномерный прием сложных уг\в в течение дня (три основных и три дополнительных приема пищи),
- Прием пищи богатой белками,
- Ограничение жиров, особенно молочных,
- Употребление не более 2-х распространенных фруктов,
- Полное голодание противопоказано,
- Полезна физическая нагрузка.

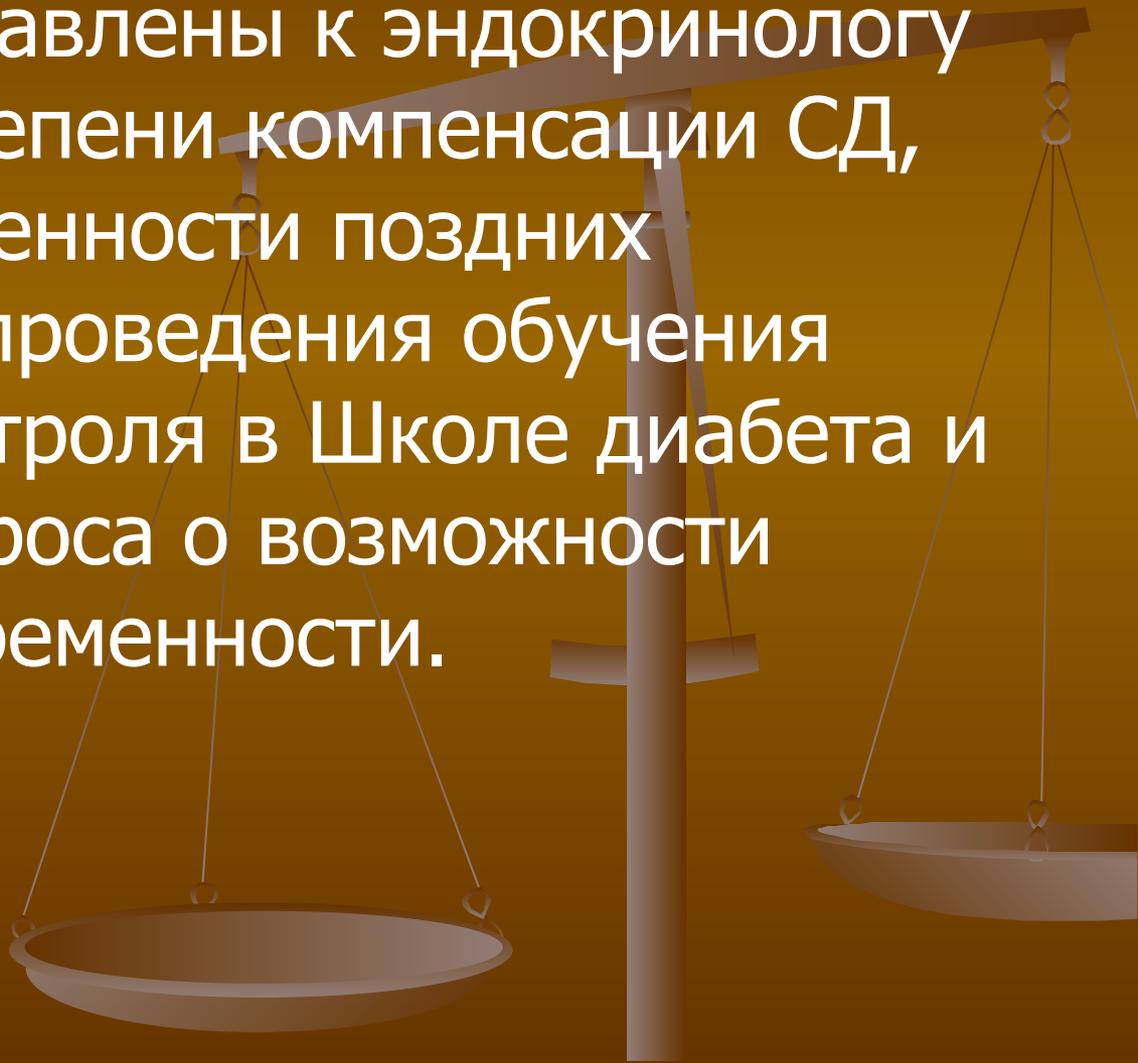


Медикаментозная терапия

- При бер-ти использовать только генно-инженерные человеческие инсулины.
- Обязательное ведение дневника, где регистрируется уровень глюкозы, кол-во уг\в на прием пищи, подсчитанных по системе хлебных ЕД, дозы инсулина и масса тела.
- ОПВ д.б не более 10 – 12 кг

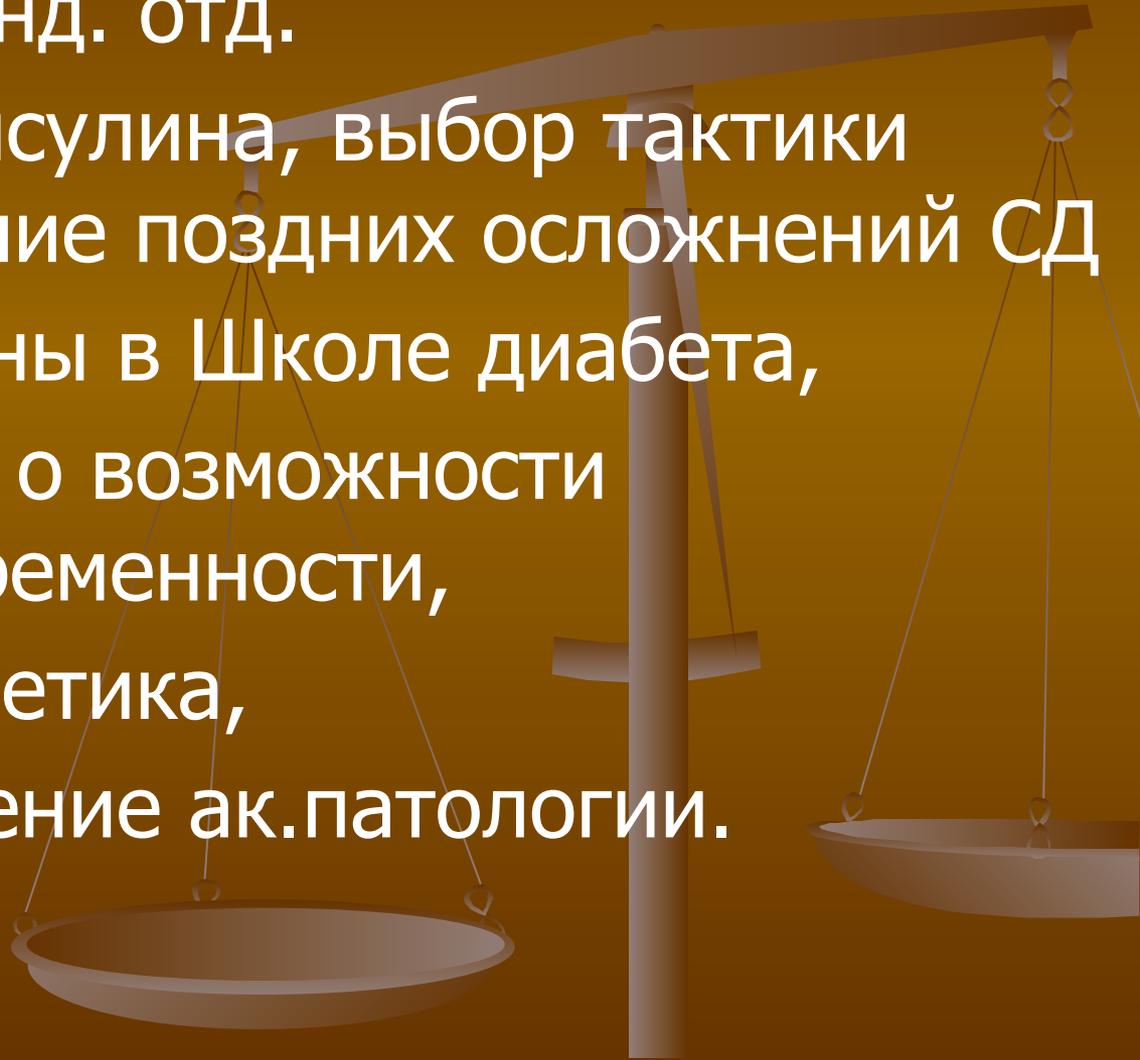


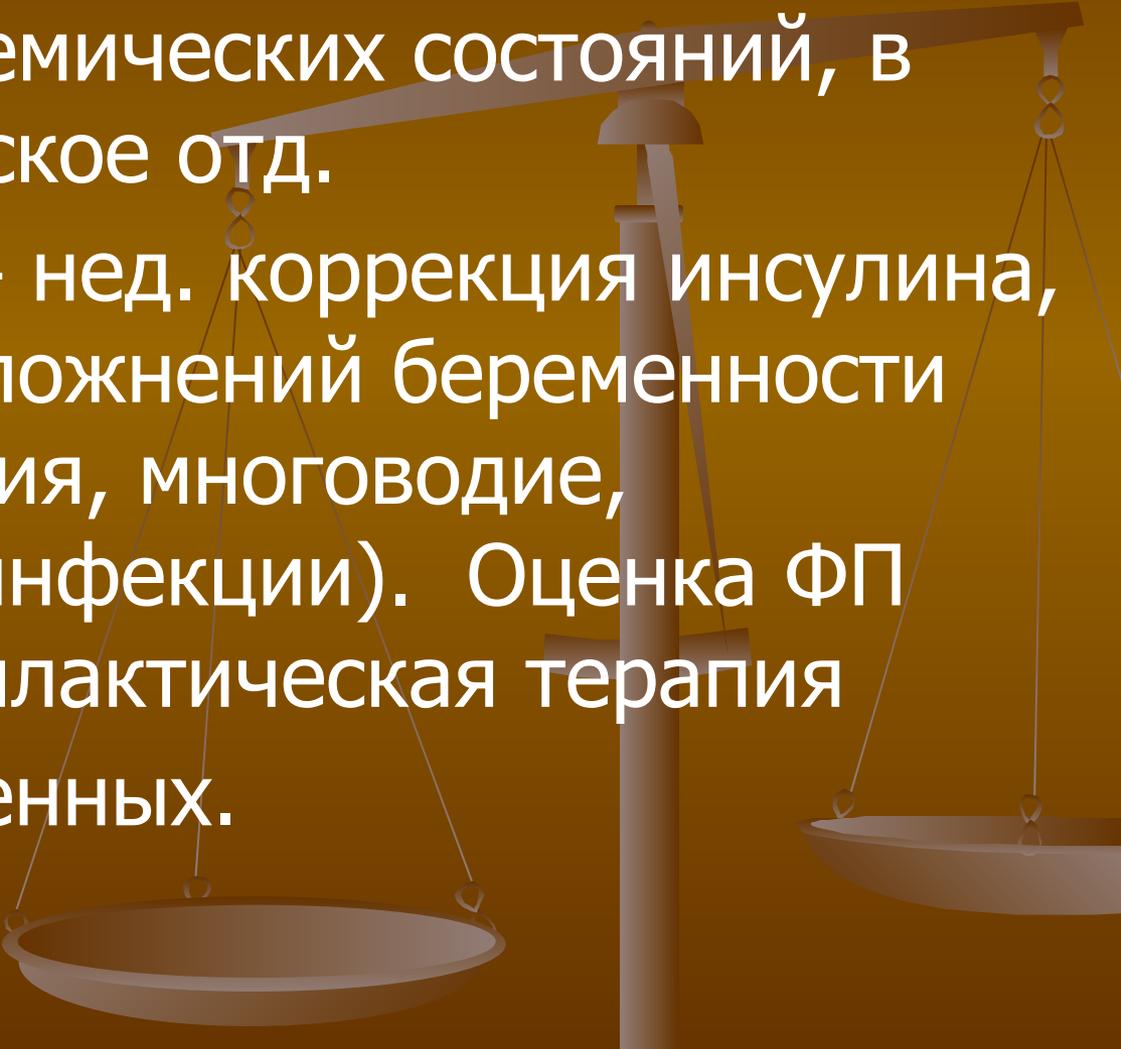
■ Все женщины с прегестационным СД, планирующие беременность, за 5-6 мес. до зачатия д.б. направлены к эндокринологу для уточнения степени компенсации СД, наличия и выраженности поздних осложнений СД, проведения обучения методам самоконтроля в Школе диабета и для решения вопроса о возможности вынашивания беременности.



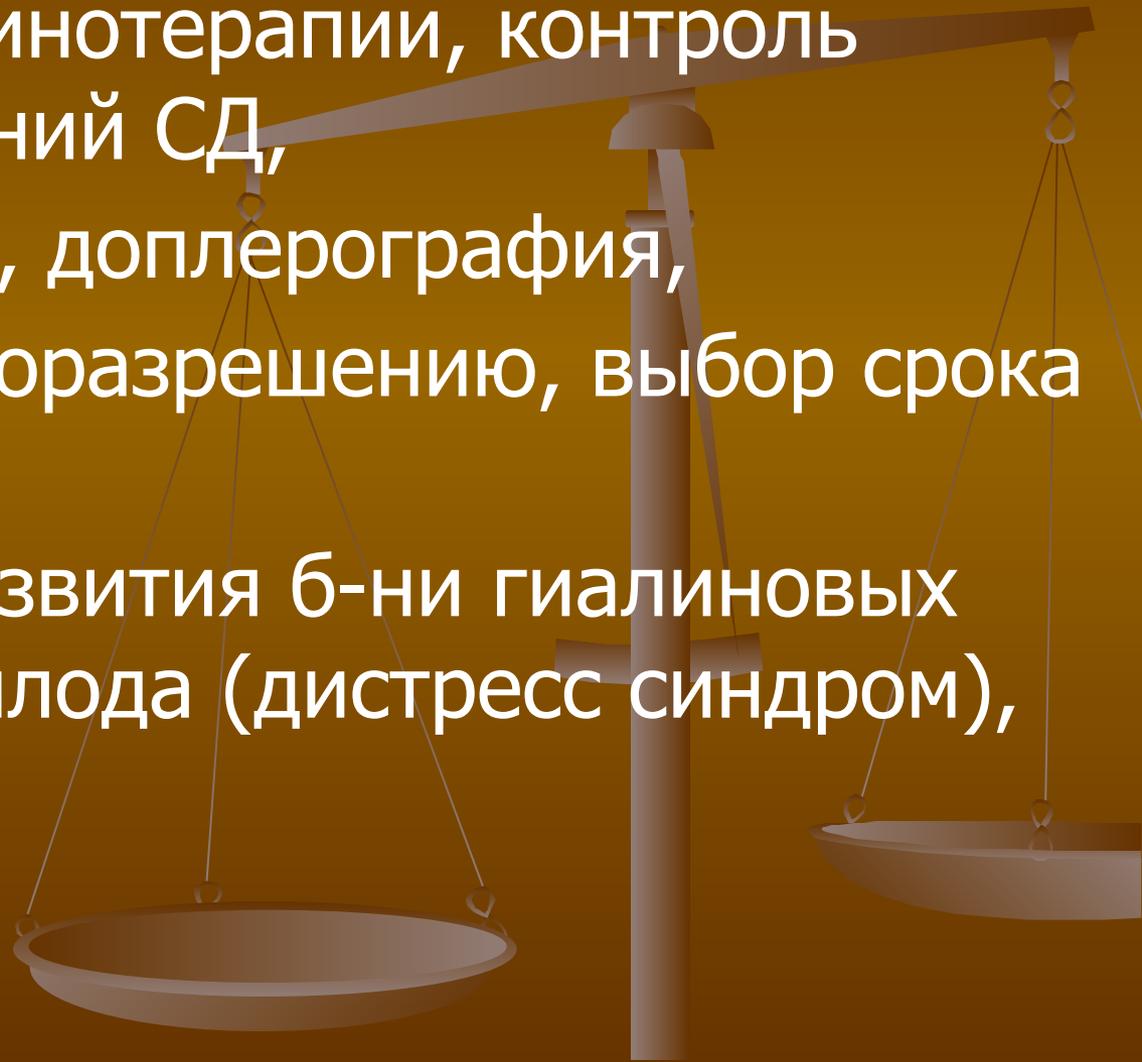
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Желательно в **4-6 нед.** Полное клиническое обследование в энд. отд.
- Коррекция доз инсулина, выбор тактики лечения, выявление поздних осложнений СД
- Обучение женщины в Школе диабета,
- Решение вопроса о возможности вынашивания беременности,
- Консультация генетика,
- Выявление и лечение ак.патологии.



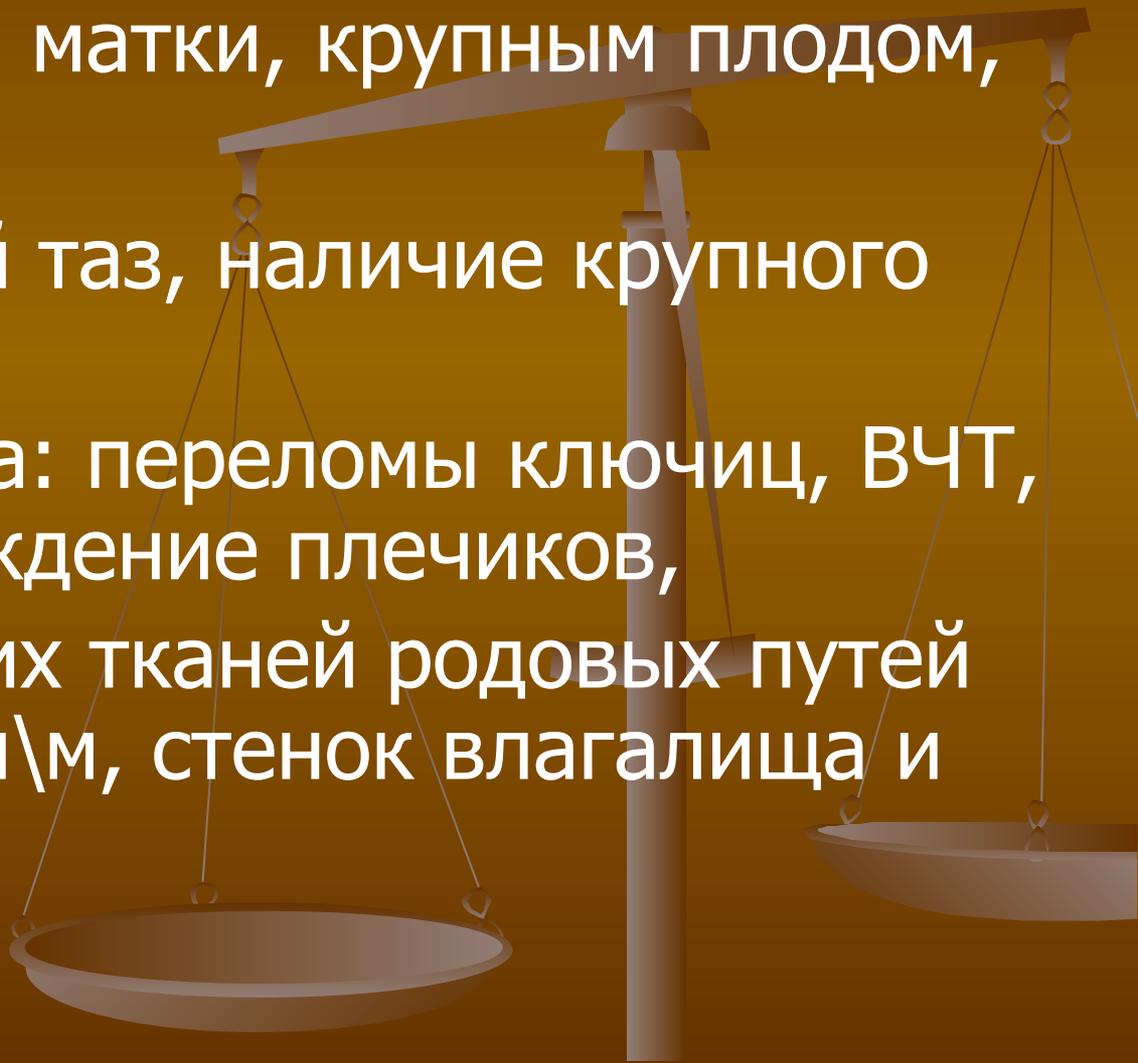
- 
- 2-я госпитализация: 12 – 14 нед. понижается потребность в инсулине и возрастает частота гипогликемических состояний, в эндокринологическое отд.
 - 3-я госп.: на 23-24 нед. коррекция инсулина, профилактика осложнений беременности (угроза прерывания, многоводие, урогенитальные инфекции). Оценка ФП комплекса, профилактическая терапия
 - Патология беременных.

- 4-я госпитализация: на 30 - 32 нед. п\б род. Д,
- Коррекция инсулинотерапии, контроль течения осложнений СД,
- Оценка ФПК: КТГ, доплерография,
- Подготовка к родоразрешению, выбор срока и метода,
- Профилактика развития б-ни гиалиновых мембран легких плода (дистресс синдром),

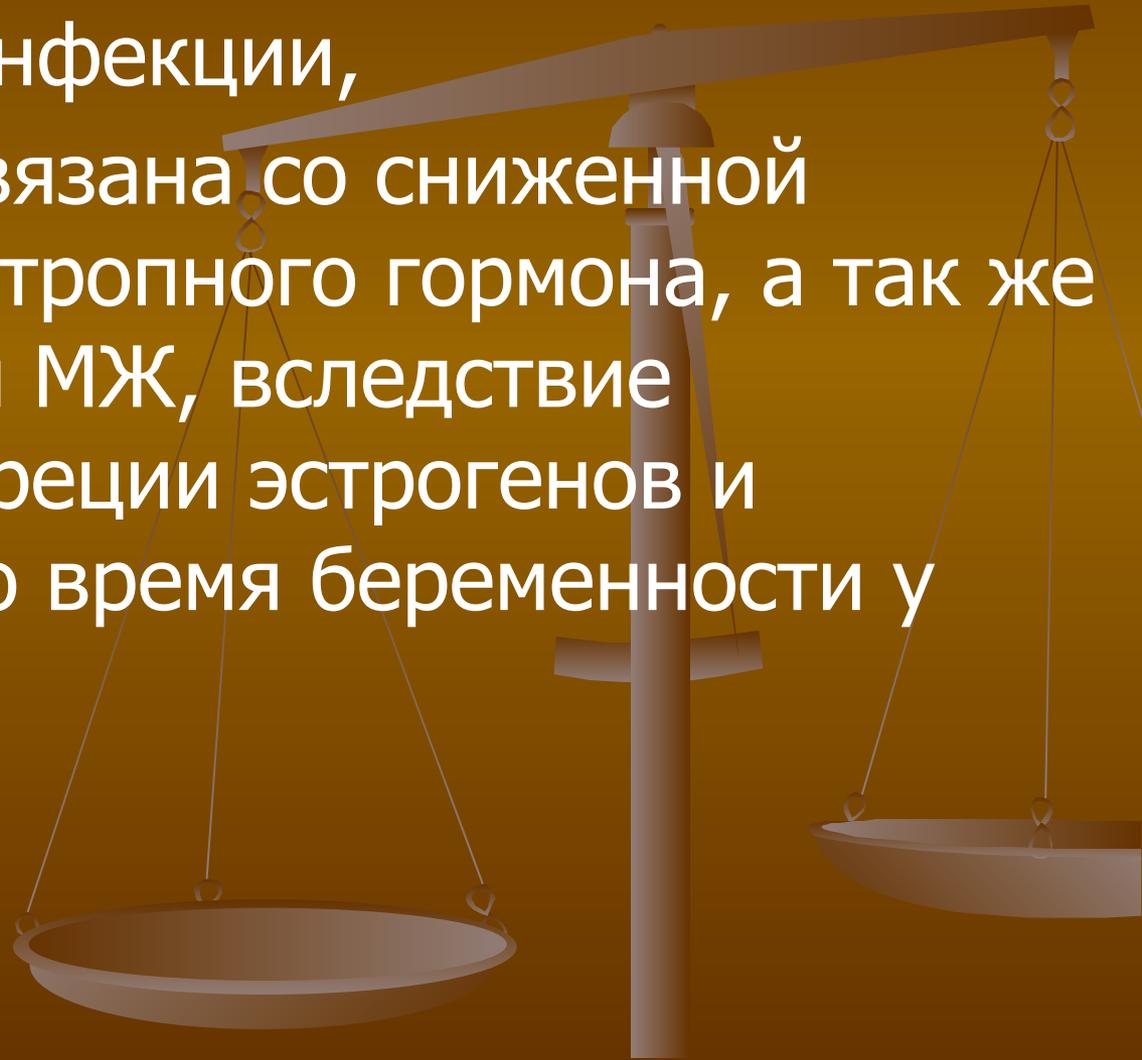


Осложнения родов

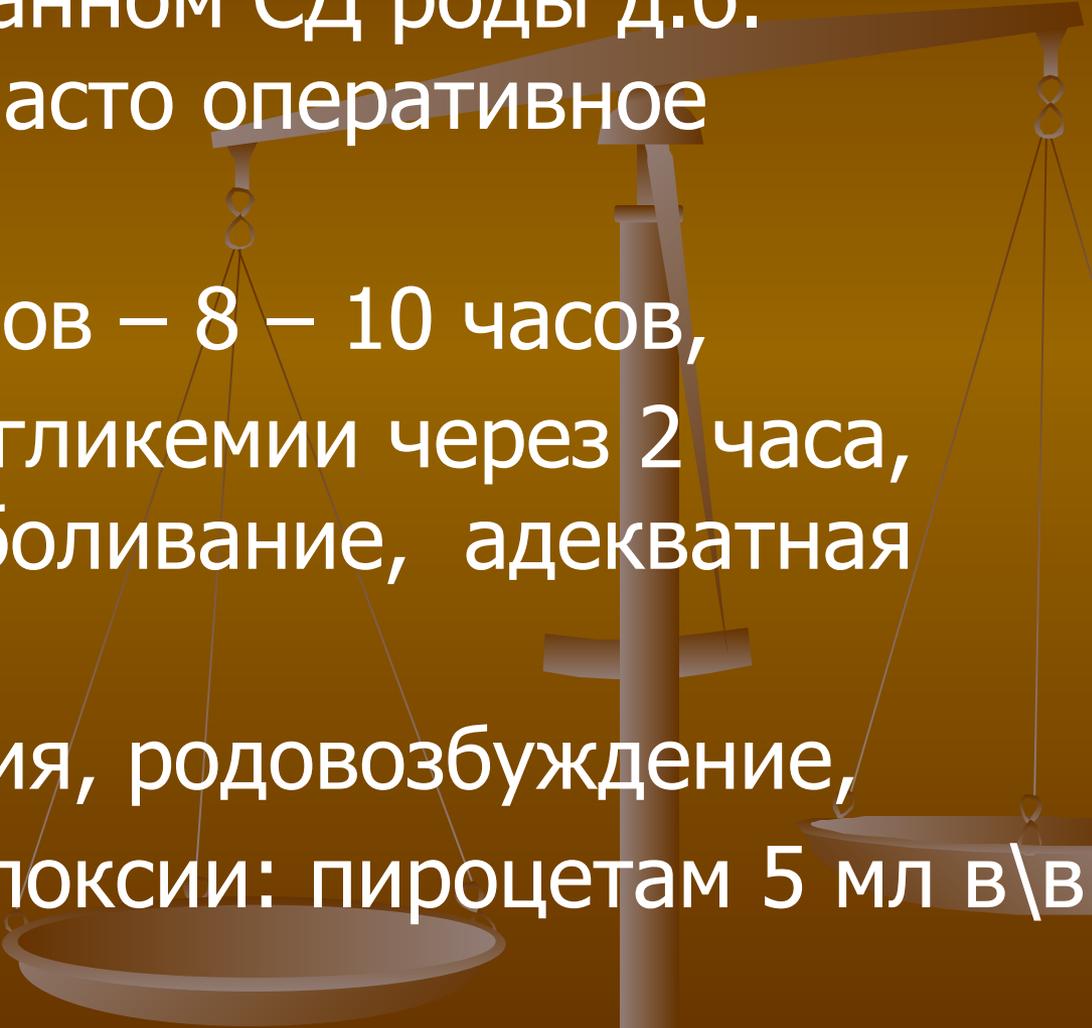
- Слабость родовых сил, обусловленная перерастяжением матки, крупным плодом,
- Асфиксия плода,
- Клинически узкий таз, наличие крупного плода,
- Травматизм плода: переломы ключиц, ВЧТ, затрудненное рождение плечиков,
- Травматизм мягких тканей родовых путей матери: разрыв ш\м, стенок влагалища и промежности,



- В послеродовом и раннем послеродовом периодах – гипотоническое кровотечение.
- Послеродовые инфекции,
- Гипогалактия, связана со сниженной секрецией лактотропного гормона, а так же с недоразвитием МЖ, вследствие пониженной секреции эстрогенов и прогестерона во время беременности у этих пациенток.

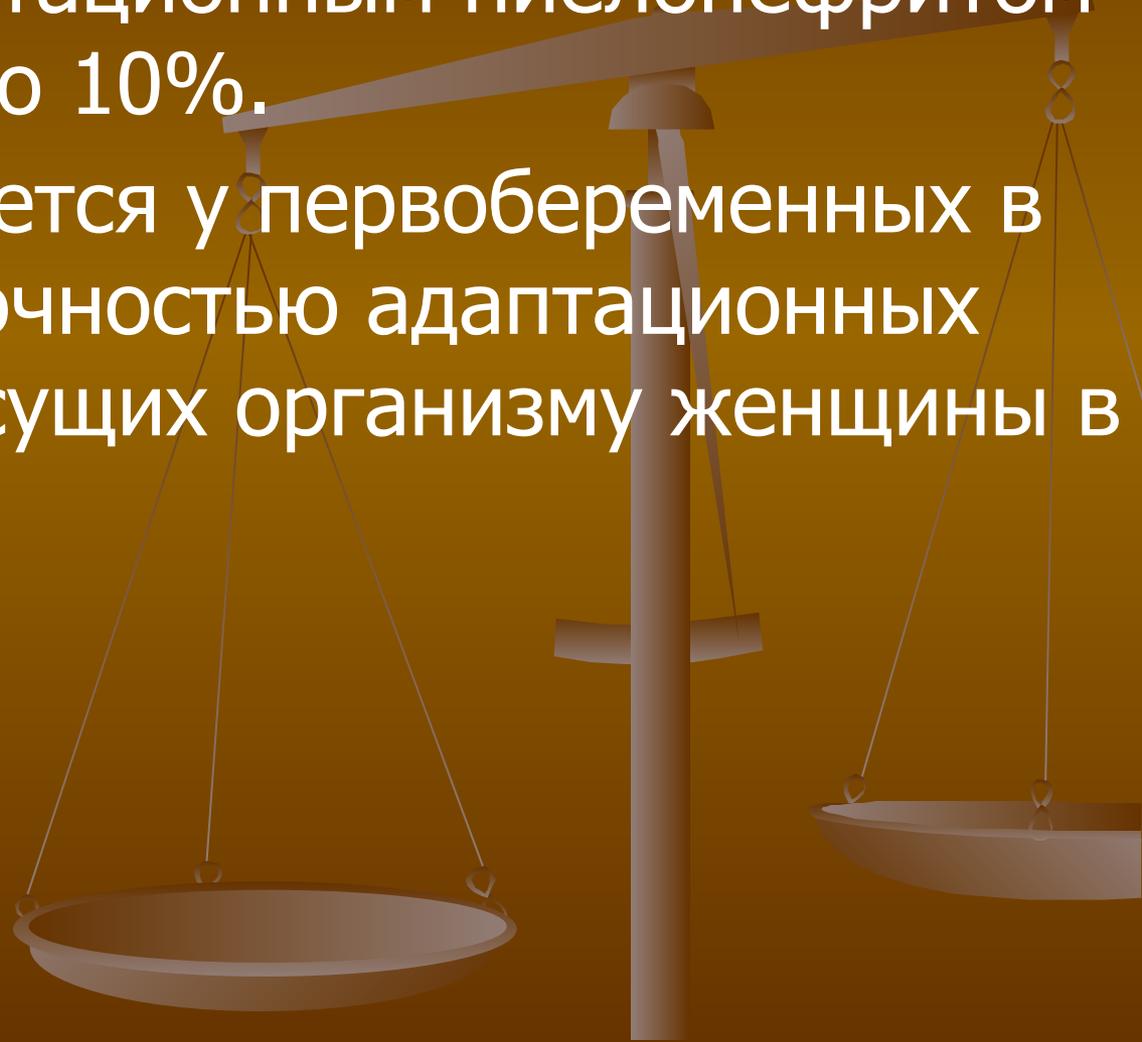


Ведение родов

- При компенсированном СД роды д.б. своевременные, часто оперативное родоразрешение;
 - Продолжение родов – 8 – 10 часов,
 - Контроль уровня гликемии через 2 часа, тщательное обезболивание, адекватная инсулинотерапия,
 - Ранняя амниотомия, родовозбуждение,
 - Профилактика гипоксии: пироцетам 5 мл в\в
- 

Пиелонефрит и беременность

- Частота заб-й гестационным пиелонефритом составляет от 3 до 10%.
- ПН чаще развивается у первобеременных в связи с недостаточностью адаптационных механизмов, присущих организму женщины в это время.



Особенности течения заболевания при беременности

Развивается в любые сроки беременности:

- 12 – 15 недель,
- 24 – 29 недель,
- 32- 34 недели,
- 39 – 40 недель,
- в послеродовой период на 2-5 или 10-12 день



Принципы лечения



Лечебное питание:

- сбалансированное питание,
- ограничение простых углеводов (сахар, мед, варенье, пирожные), увеличение богатых клетчаткой овощей, фруктов. Обязательно – животные белки (нежирное мясо, рыба, нежирный творог, сыр).
- Ежедневно - молоко и молочные продукты.
- Исключить: острые, пряные, жареные продукты, алкоголь.
- Увеличить потребление жидкости до 2-2,5л (чай, фруктовые, овощные соки, брусничный, клюквенный морс, отвар шиповника).

Лечение беременных



*Выбор антибиотика зависит
срока беременности:*

- В 1-м триместре – только полусинтетические пенициллины (ампициллин 2-4г/сутки, или в/м, если нет угрозы выкидыша, ампиокс 2-4 г/сутки, амоксициллин 375-625 мг/сутки) 8-10 дней.
- 2-й и 3-й триместр: цефалоспорины (клафоран, цепорин – 0,5-1,0 3-4р/с в/в, в/м), цефалексин 1-2 г/сутки, цефаклор – 0,75г/с). Курс 4 – 8 дней.

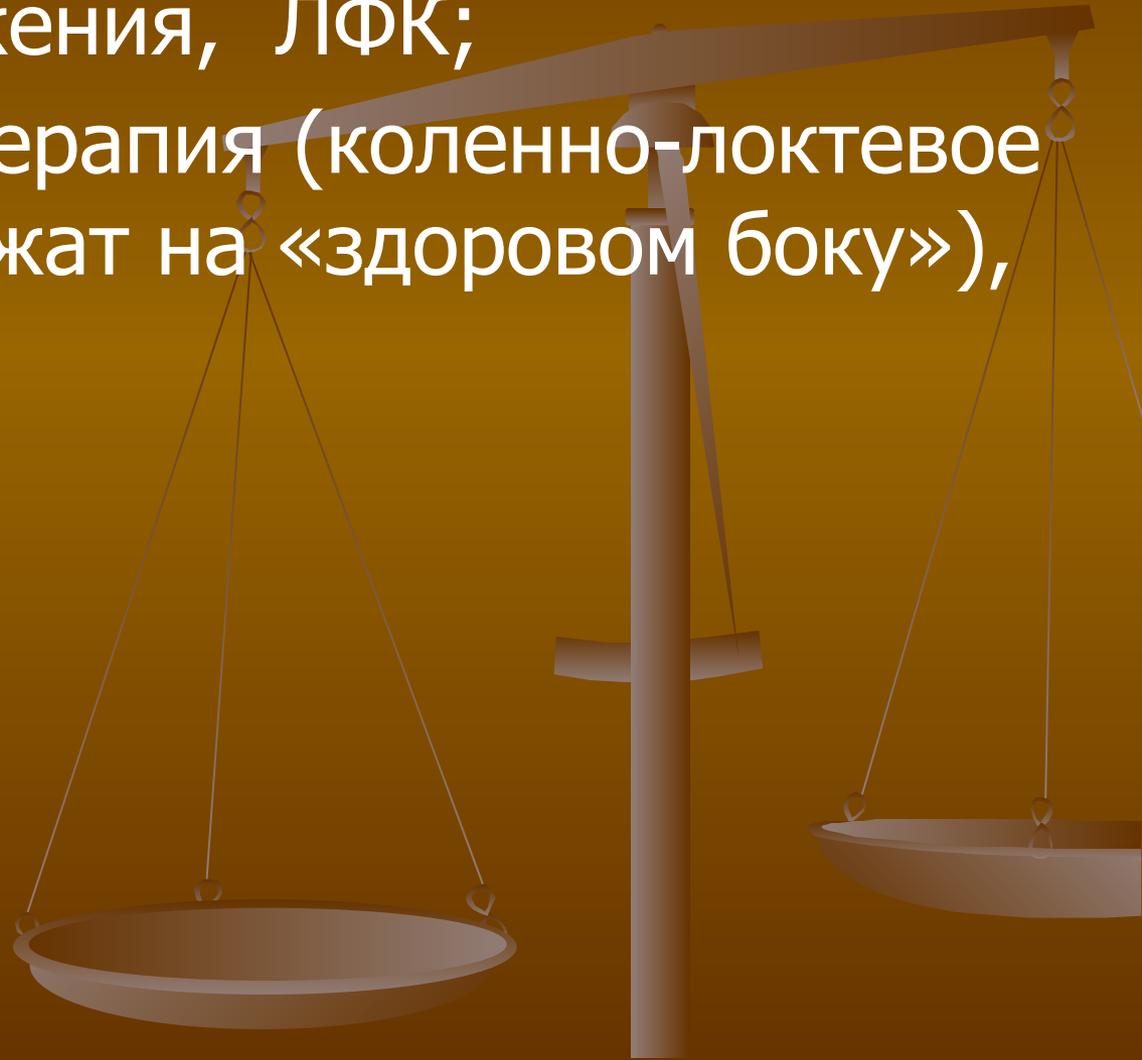
Лечение беременных

- уросептики (нитрофурановые производные - фуразолидон, фурагин; препараты налидиксовой кислоты – невигамон, неграм, производные оксихинолина - 5-НОК, нитроксалин, препараты растительного происхождения - канефрон).
- фторхинолоны беременным противопоказаны.



Профилактика ПН беременных

- Активные движения, ЛФК;
- Позиционная терапия (коленно-локтевое положение, лежат на «здоровом боку»),
- Фитотерапия.



ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ и беременность

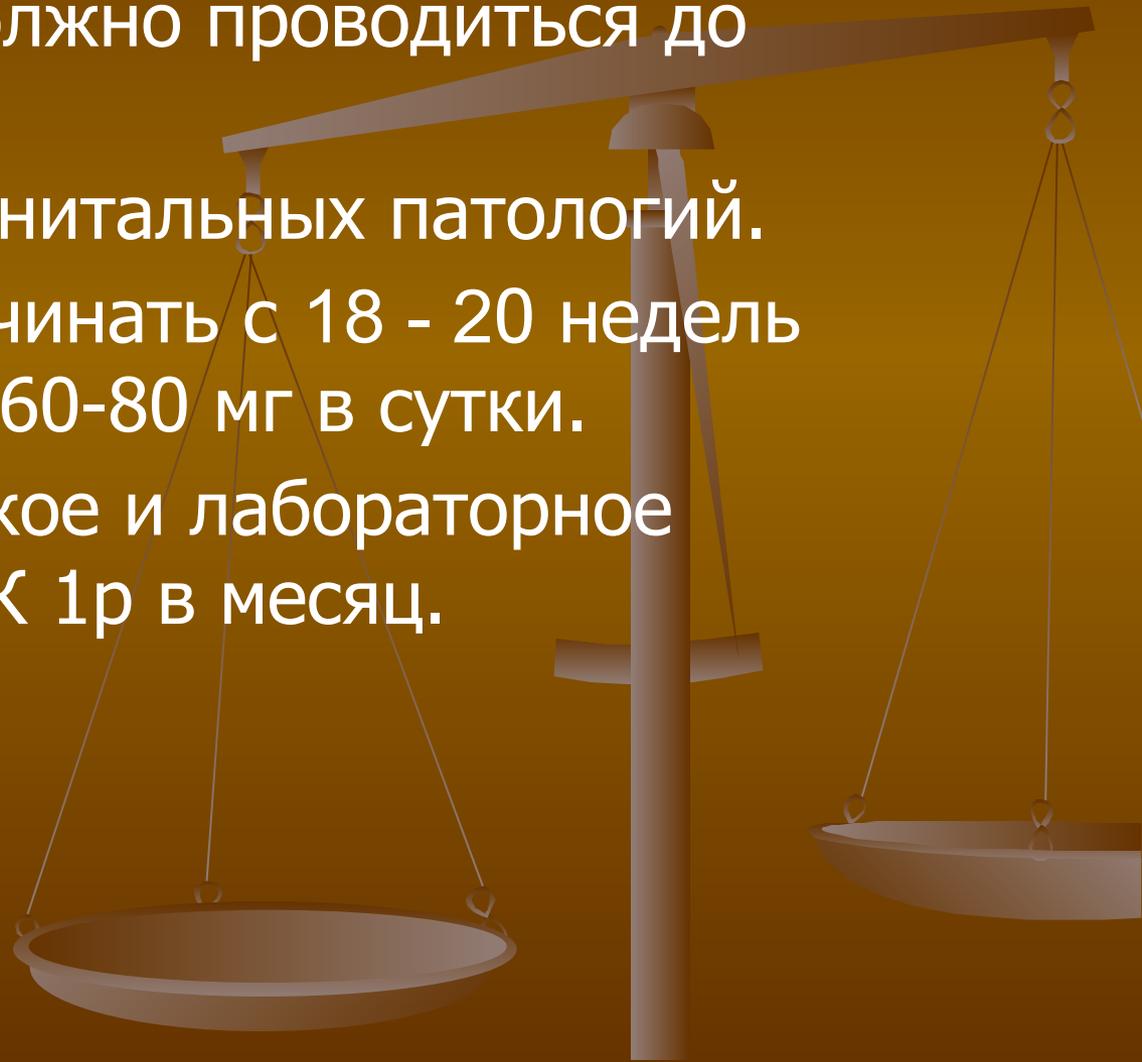


www.shutterstock.com · 31407895



ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

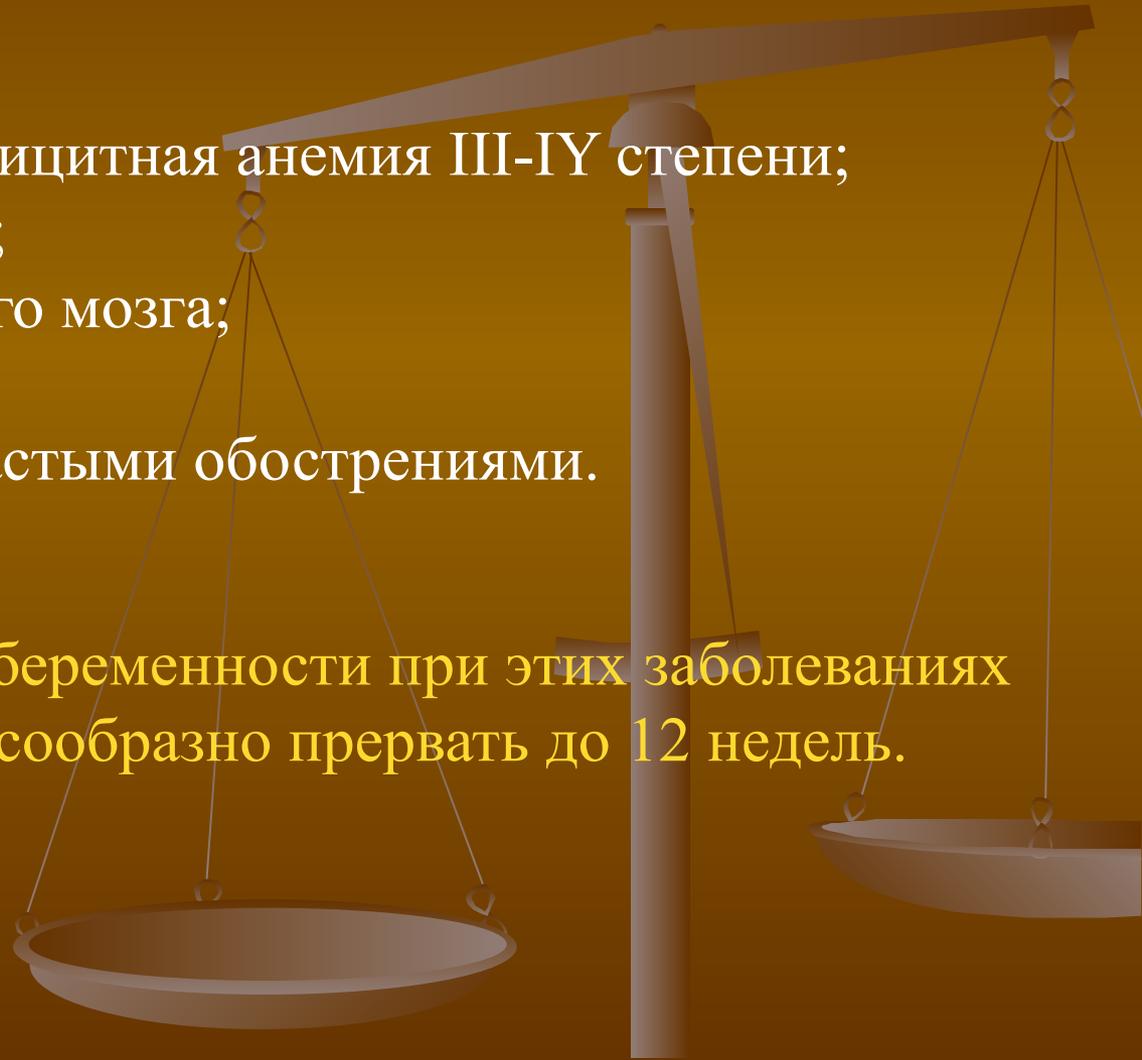
- Лечение анемии должно проводиться до беременности.
- Лечение экстрагенитальных патологий.
 - Приём железа начинать с 18 - 20 недель беременности по 60-80 мг в сутки.
 - Полное клиническое и лабораторное исследование ОАК 1р в месяц.



*Беременность противопоказана при
следующих формах заболеваний крови и
системы кроветворения:*

- ✓ хроническая железодефицитная анемия III-IV степени;
- ✓ гемолитическая анемия;
- ✓ гипо- и аплазия костного мозга;
- ✓ лейкозы;
- ✓ болезнь Верльгофа с частыми обострениями.

В случае наступления беременности при этих заболеваниях
беременность целесообразно прервать до 12 недель.



Лечение

- 1 - устранение причины железодефицитной анемии;
- 2 - диета (повысить калорийность питания – 3200-3400 ккал, ограничить потребление молока до 0,5 л в сутки; исключить молочные продукты за 2 часа до приема препаратов железа; повысить в рационе железосодержащие продукты – мясо, яйца, креветки, моллюски, гранат, яблоки, лесные орехи, грибы, редис, земляника, абрикосы, грейпфрут);
- 3 – фитосборы: крапива, череда, земляника, черная смородина – заваривать 1 ст.л. на 1 стакан воды, принимать по 1/3 стакана 2-3 раза в день;
- 4 - совместно с терапевтом



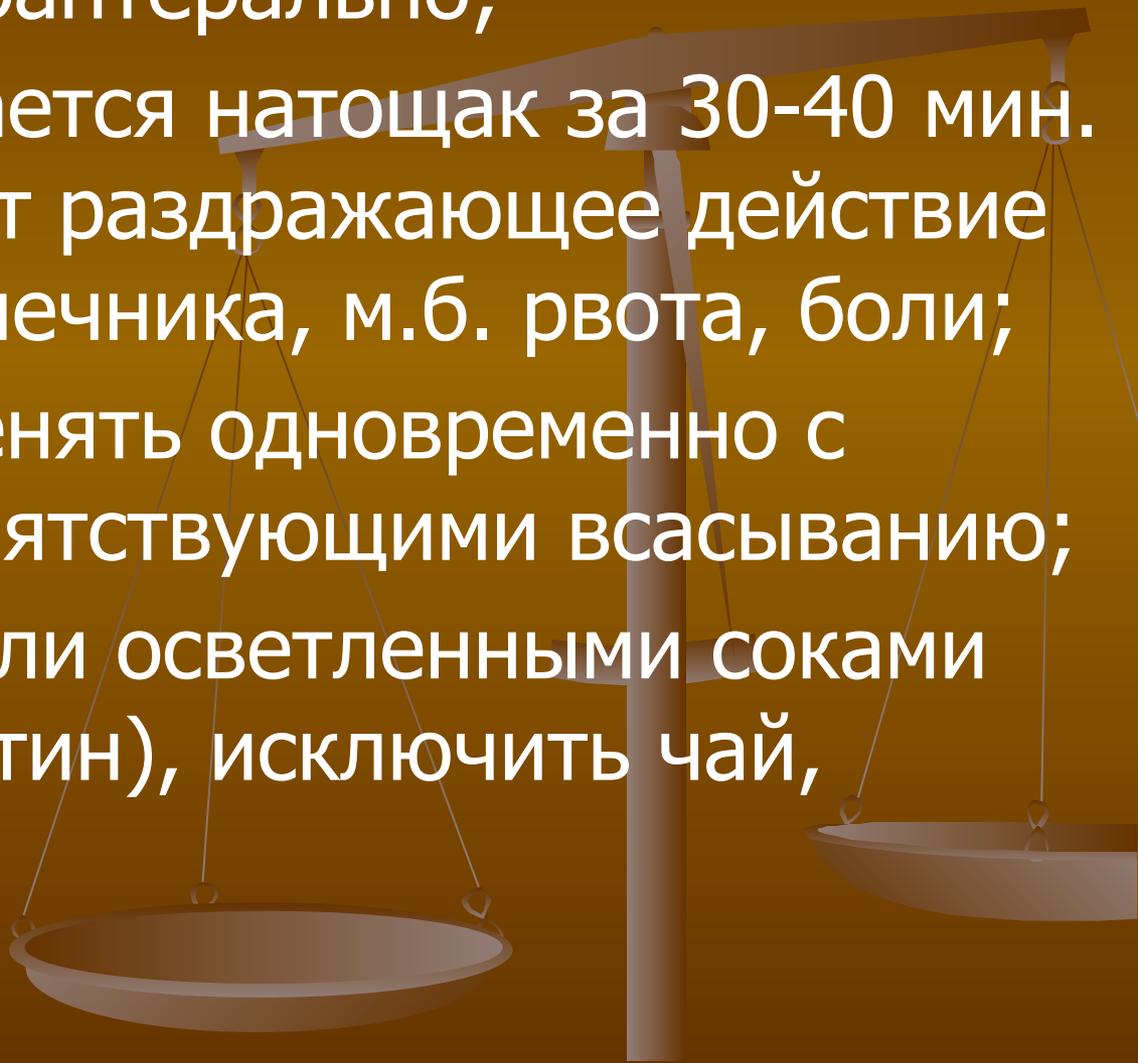
Продукты, которые тормозят усвоение железа

- Яблоки, груши, дыни, персики, абрикосы, апельсины;
- Повидло, джемы (содержат пектины);
- Пшеничный хлеб и мучные изделия;
- Яичный желток (содержит фосфаты);
- Чай: танин образует нерастворимые комплексы с железом;



Лечение препаратами железа

- Перорально и парантерально;
- Fe лучше всасывается натощак за 30-40 мин. до еды, оказывает раздражающее действие на слизистую кишечника, м.б. рвота, боли;
- Не следует применять одновременно с продуктами, препятствующими всасыванию;
- Запивать водой или осветленными соками (не содержат пектин), исключить чай, молоко;

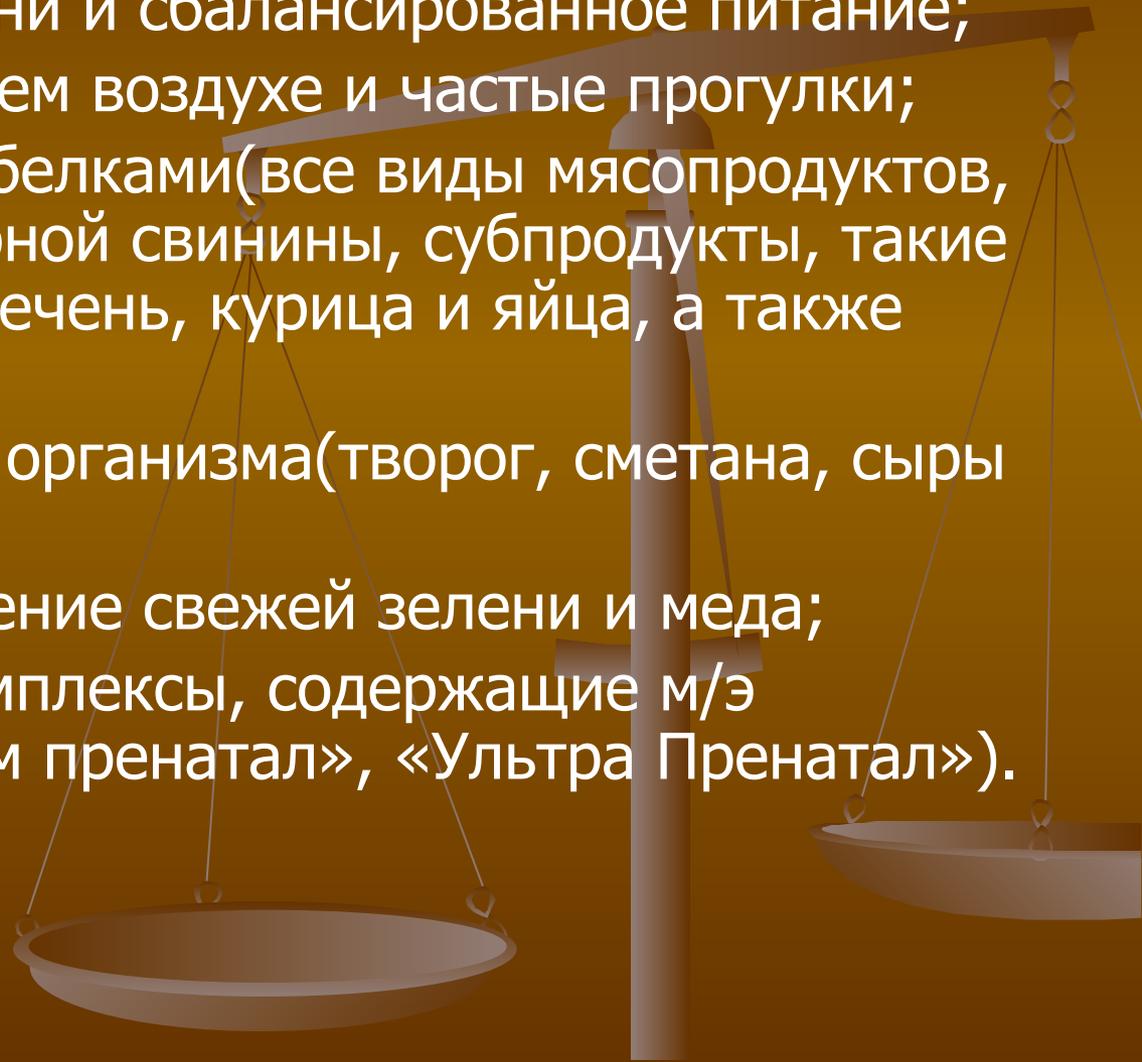


- Усвоению Fe способствует аскорбинов. к-та, назначать обязательно 10-15 мг/кг/сутки;
- Первый результат следует ожидать через 10-12 дней от начала лечения;
- Препараты назначать на длительный срок;
- При плохой переносимости препарата – использовать другой препарат.



ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ.

- здоровый образ жизни и сбалансированное питание;
- пребывание на свежем воздухе и частые прогулки;
- есть пищу, богатую белками (все виды мясопродуктов, за исключением жирной свинины, субпродукты, такие как язык, сердце и печень, курица и яйца, а также рыба);
- источник жиров для организма (творог, сметана, сыры и сливки);
- регулярное потребление свежей зелени и меда;
- поливитаминные комплексы, содержащие м/э («Матерна», «Витрум пренатал», «Ультра Пренатал»).



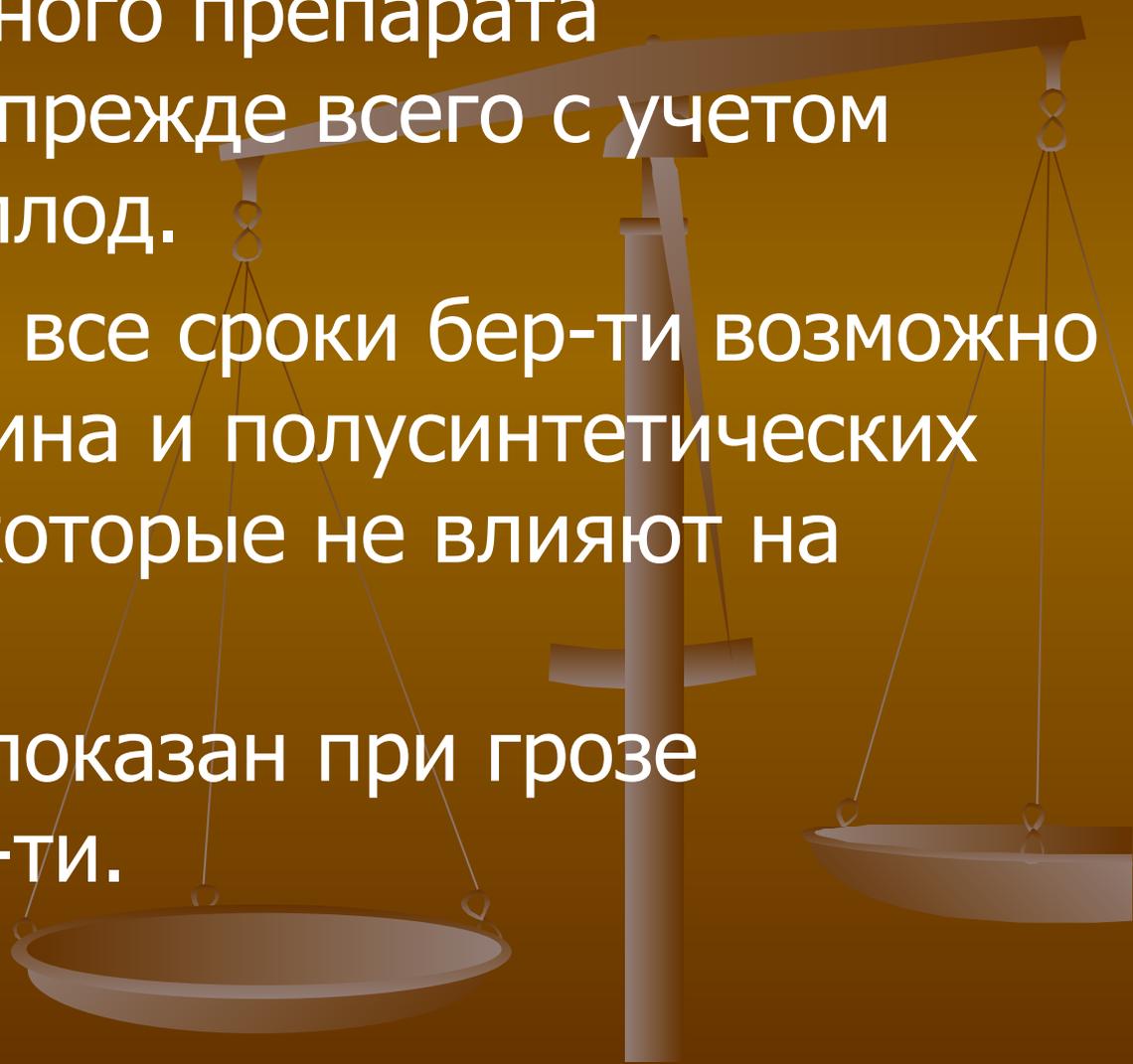
По рекомендации ВОЗ все беременные на протяжении 2 и 3 триместра беременности и первого месяца лактации должны получать препараты железа (лучше в сочетании с аскорбиновой кислотой)!



Фармакотерапия беременных

Выбор лекарственного препарата осуществляется прежде всего с учетом влияния его на плод.

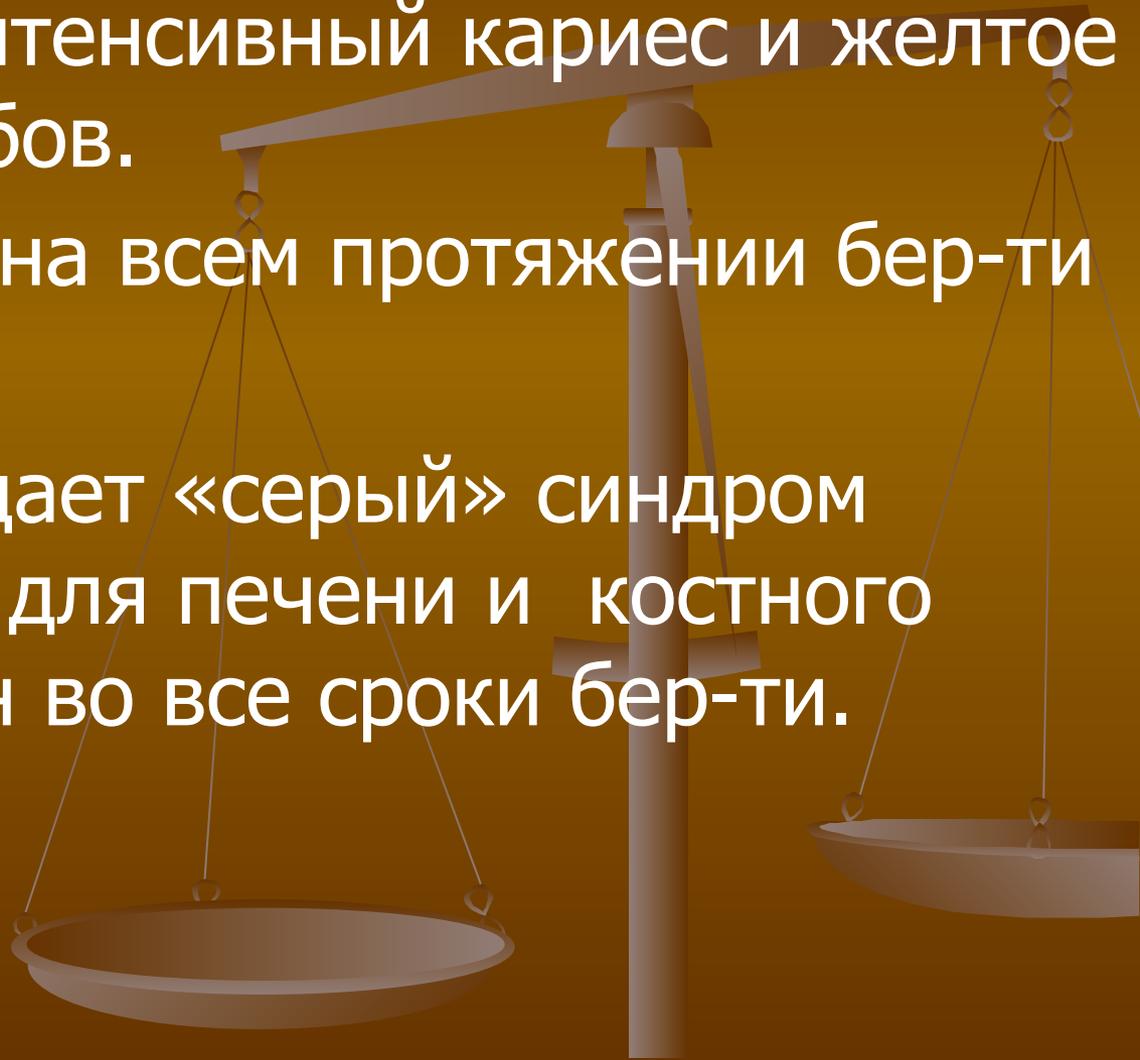
- **Антибиотики:** во все сроки бер-ти возможно прим. Пенициллина и полусинтетических пенициллинов, которые не влияют на эмбрион и плод.
- Ампициллин не показан при угрозе прерывания бер-ти.



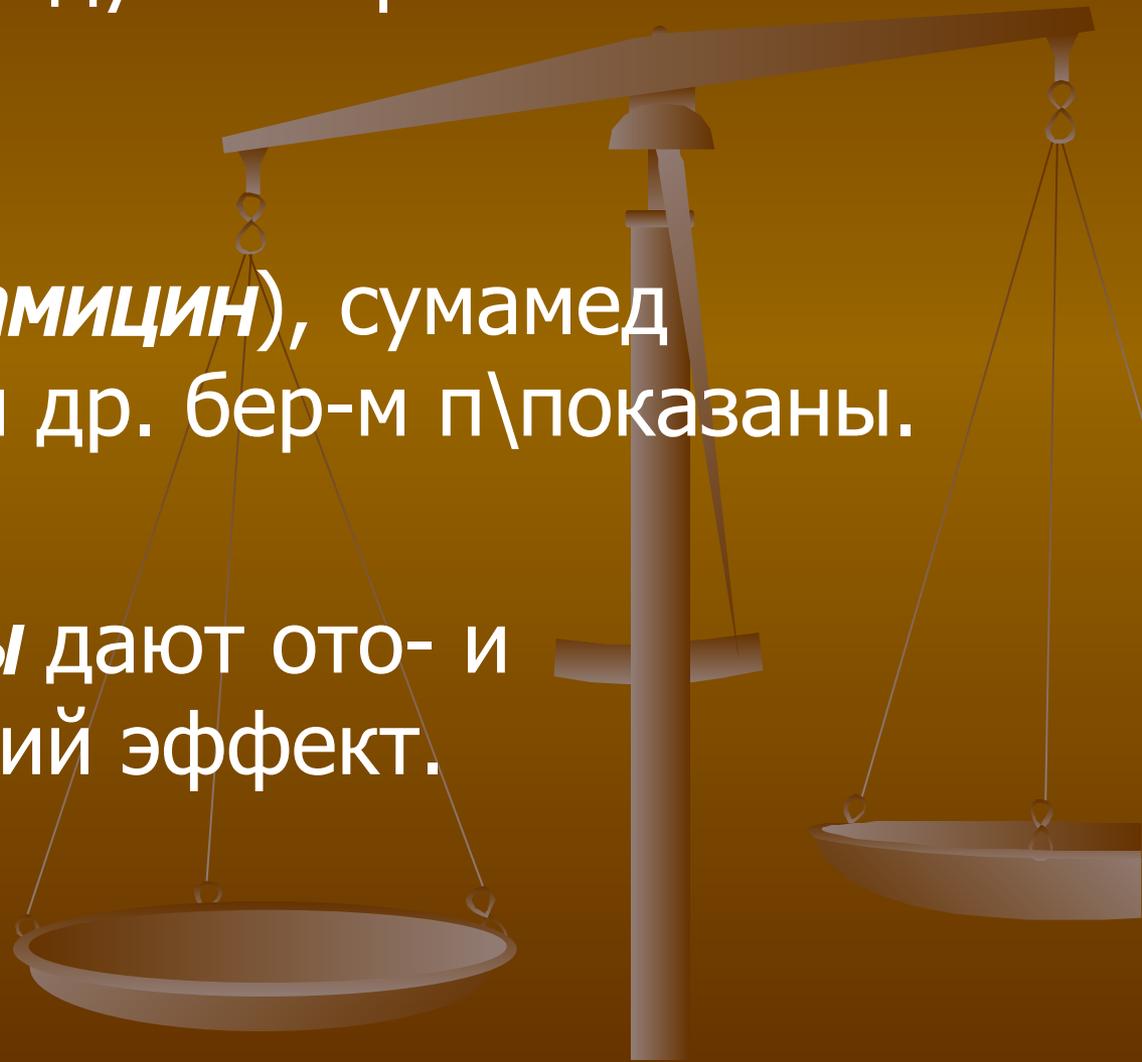
- ***Тетрациклины*** обладают тератогенным действием, накапливаются в скелете, тормозят зачатки молочных зубов, давая в последующем интенсивный кариес и желтое окрашивание зубов.

Противопоказаны на всем протяжении бер-ти

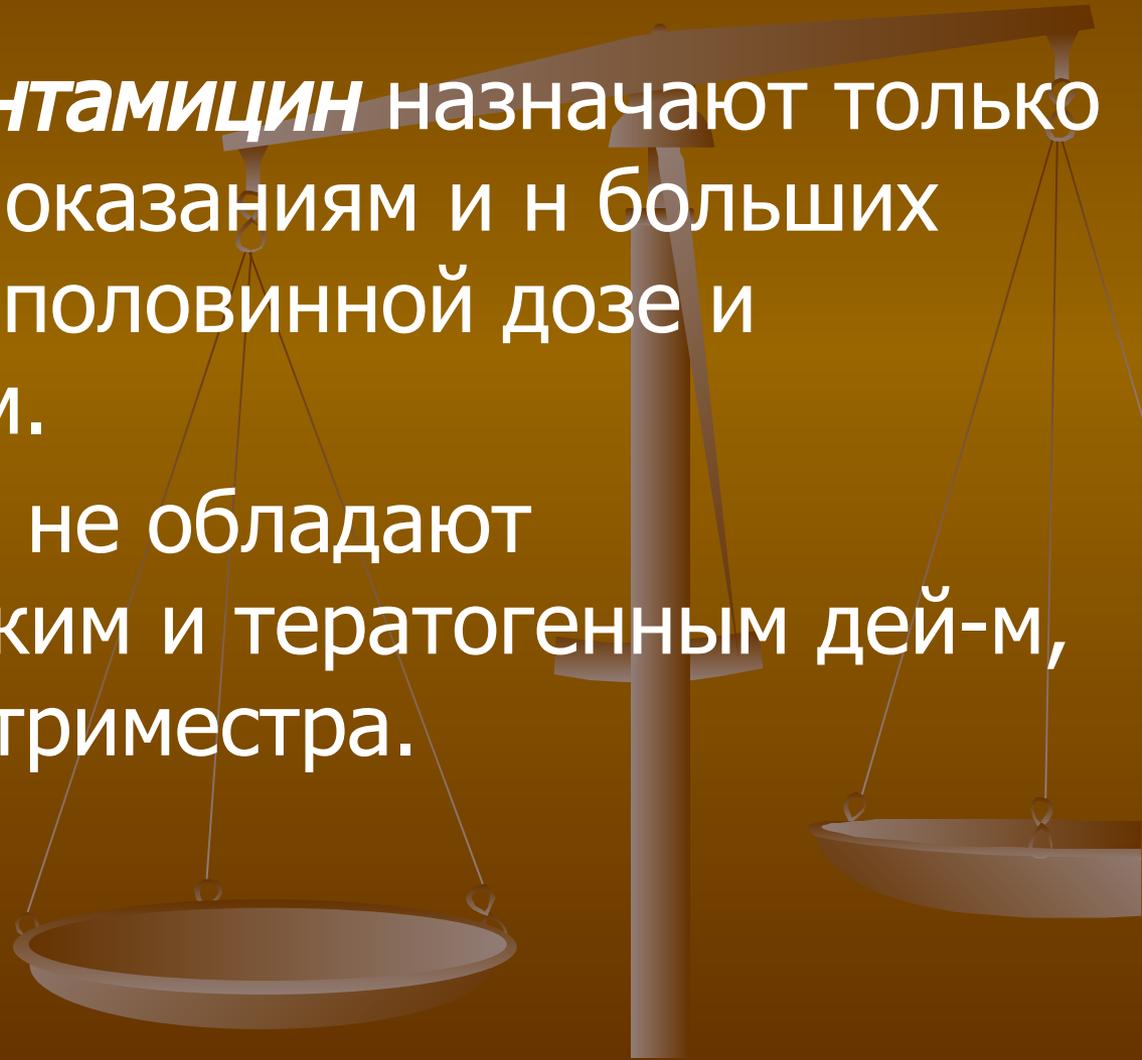
- ***Левомецетин*** – дает «серый» синдром плода, токсичен для печени и костного мозга. П\показан во все сроки бер-ти.



- **Макролиды:** эритромицин, спирамицин (ровамицин) не опасны для плода, но применять их следует не ранее II триместра.
- **Рулид (рокситрамицин), сумамед (азитромицин) и др.** бер-м п\показаны.
- **Аминогликозиды** дают ото- и нефротоксический эффект.

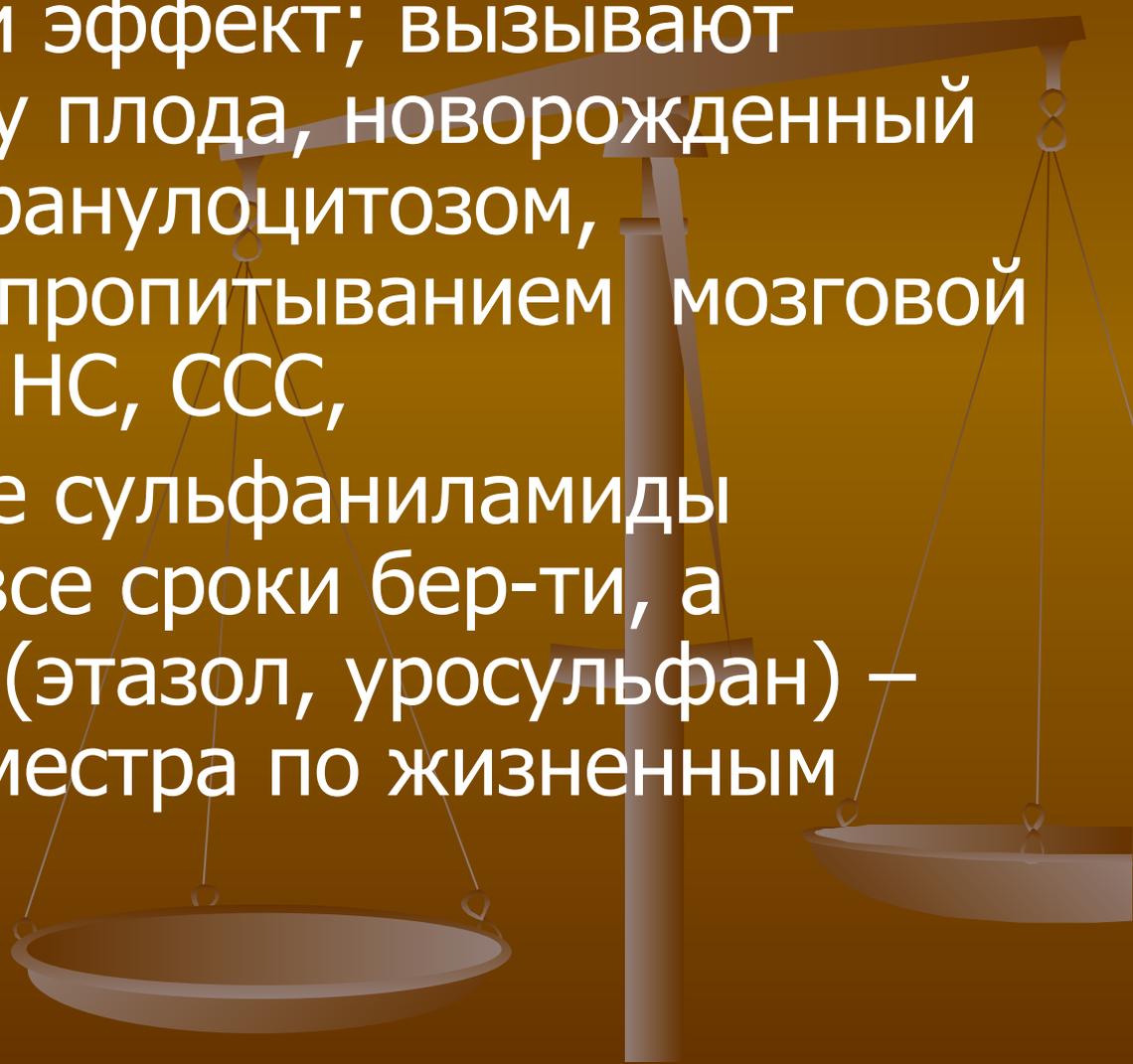


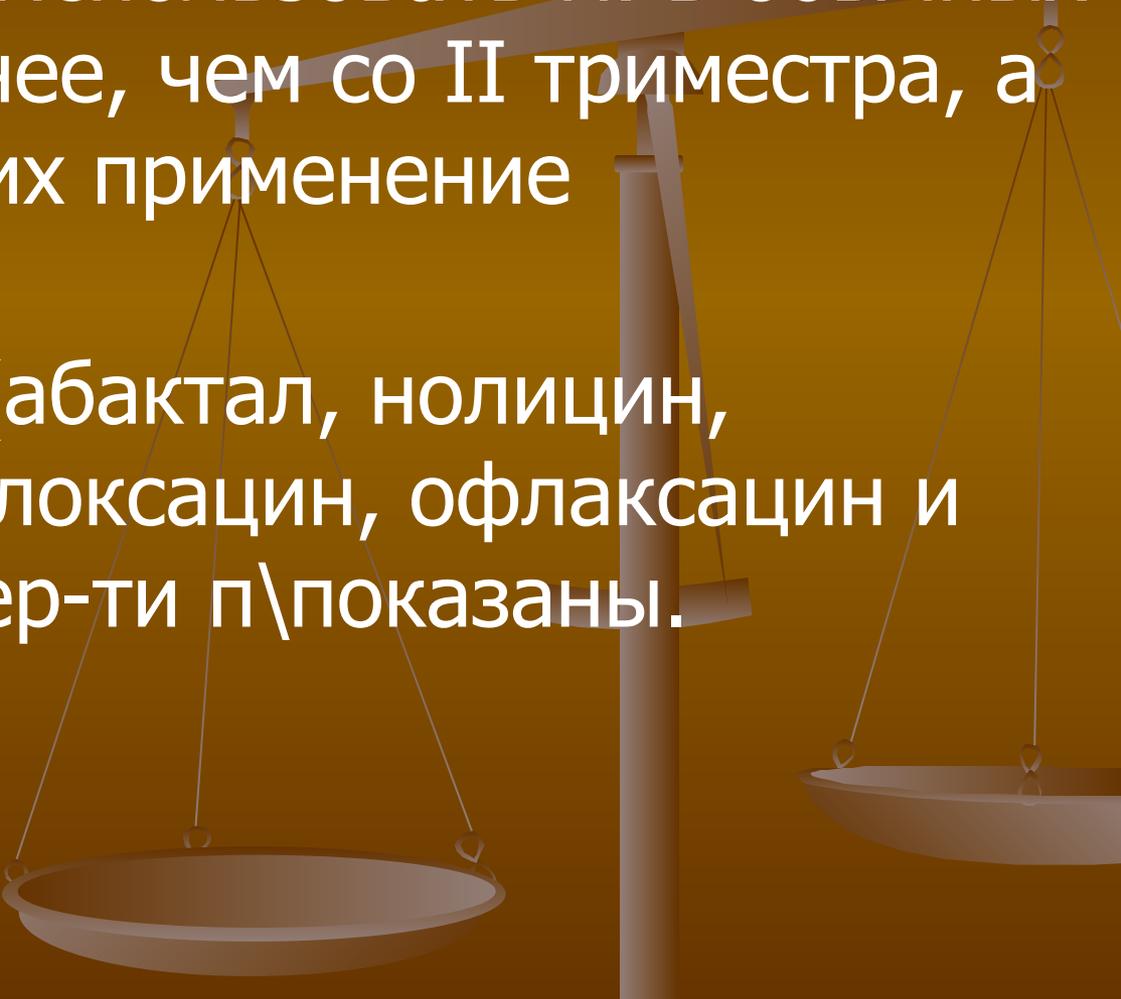
- ***Стрептомицин*** п\показан бер-м, т.к.к дает врожденную глухоту, поражение почек.
- ***Канамицин и гентамицин*** назначают только по жизненным показаниям и н больших сроках бер-ти в половинной дозе и коротким курсом.
- Цефалоспорины не обладают эмбриотоксическим и тератогенным дей-м, назначать со II триместра.



- **Сульфаниламиды** – пролонгированные (бисептол, сульфодиметоксин и др.) обладают тератогенным дей-м, у др. – гепатотоксичный эффект; вызывают ядерную желтуху плода, новорожденный м. родиться с агранулоцитозом, билирубиновым пропитыванием мозговой тк. , уродствами НС, ССС,

Пролонгированные сульфаниламиды п\показаны во все сроки бер-ти, а короткого дей-я (этазол, уросульфан) – только со II триместра по жизненным показаниям.



- 
- **Нитрофураны** (фуразолидон, фурадонин, фурагин) в больших дозах м. давать гемолиз плода. Использовать м. в обычных дозах, но не ранее, чем со II триместра, а в конце бер-ти их применение нежелательно.
 - **Фторхинолоны** (абактал, нолицин, ципролет, перфлоксацин, офлаксацин и др.) во время бер-ти п\показаны.

