

6-25

Б18.1
З-40
449942



БИБЛИОТЕКА
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

Ю. К. ДЖАББАРОВА
Ж. Е. ПАХОМОВА

**ПРОФИЛАКТИКА
АКУШЕРСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
В ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ
И ПОЛИКЛИНИКЕ**



Ю. К. ДЖАББАРОВА,
Ж. Е. ПАХОМОВА

ПРОФИЛАКТИКА
АКУШЕРСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ
В ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ
И ПОЛИКЛИНИКЕ

Узбекистан

Ташкент
Издательско-полиграфическое объединение
имени Ибн Сино
1994

Джаббарова Ю. К. — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии II Ташкентского медицинского института; Пахомова Ж. Е. — кандидат медицинских наук, ассистент той же кафедры.

Рецензент — доктор медицинских наук, профессор А. А. Кадырова.

Гос. научная медицинская
библиотека МЗ Р.Уз.

№ 440972

Джаббарова Ю. К., Пахомова Ж. Е.

Д 40 Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике. — Т.: Изд.-полигр. об-ние им. Ибн Сино, 1994. — 143 с.: табл.

1. Соавт.

ISBN 5-638-00979-5

В книге освещены необходимые методы и объем исследований беременных для диагностики экстрагенитальных заболеваний и акушерской патологии. Подробно изложена балльная оценка факторов риска при различных осложнениях гестационного периода, что дает возможность прогнозировать исход беременности и родов. Рассмотрены вопросы ведения беременных в условиях женской консультации и дневного стационара. Указаны медицинские и социальные противопоказания к пролонгированию беременности. Рекомендованы способы контрацепции.

Рассчитана на акушеров-гинекологов и других специалистов.

Содержит 22 таблицы, библиографию — 29 названий, приложения.

The necessary methods and volume of the investigations of pregnant women for the diagnosis of extragenital diseases and midwifery pathology are given in the book.

The detailed account of risk factors at various complications of the gestational period, that gives an opportunity to prognose the result of pregnancy and childbirth is given.

The questions of pregnant women observation in the conditions of lady's public consultations and outpatient hospital are examined.

The medical and social contraindications to the prolongation of a pregnancy are shown.

Some methods of antiception are recommended.

The book is prepared for midwives — gynecologists and other specialists.

It contains 22 tables, bibliography — 29 title, appendix.

ББК 57.16

4108160000 — 021 ISBN 5-638-00979-5
М 354(04) — 94

© Джаббарова Ю. К.,
Пахомова Ж. Е., 1994 г.

ОТ АВТОРОВ

Амбулаторно-поликлинические учреждения (женская консультация, поликлиника) являются первым звеном в системе охраны материнства и детства. Повышение квалификации медицинских работников и качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой врачами женских консультаций, оснащение их современной диагностической и лечебной аппаратурой способствуют снижению материнской и детской заболеваемости и смертности.

Несмотря на большое количество методической литературы, посвященной важнейшим проблемам акушерства, гинекологии и перинатологии, еще недостаточно освещен дифференцированный подход к различной патологии беременности в зависимости от группы риска.

В настоящей работе сделана попытка методически помочь врачу женской консультации по прогнозированию различных осложнений. Представлено большое число прогностических таблиц балльной оценки факторов риска, что позволит акушерам-гинекологам в женской консультации заблаговременно определить вероятность исхода беременности для матери и ее будущего ребенка. Даны соответствующие рекомендации по объему обследования, диагностике и лечению беременных в зависимости от группы риска.

Большое внимание уделено экстрагенитальной патологии беременности. Показана необходимость совместной работы акушера-гинеколога с другими специалистами (терапевт, эндокринолог, нефролог, хирург, уролог, окулист, оториноларинголог и др.) в целях лечения и предупреждения подчас очень серьезных осложнений гестационного периода.

Данная работа поможет врачам других специальностей правильно ориентироваться в оценке состояния беременных, решать вопросы о допустимости пролонгирования беременности при различных экстрагенитальных

заболеваниях и соответственно своевременно ставить вопрос о прерывании беременности. Лечебно-оздоровительные мероприятия, проводимые вне беременности квалифицированными акушерами-гинекологами и другими специалистами, помогут снизить материнскую и детскую смертность.

Авторы надеются, что освещенные в работе лечебно-профилактические мероприятия при рассмотренных видах патологии беременности принесут пользу врачам женской консультации, поликлиники и стационара.

Глава I. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ГРУППА РИСКА АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Женская консультация является первым звеном в системе охраны материнства и детства. От того, насколько своевременно, полноценно и тщательно проводится наблюдение врачом женской консультации за беременной, зависят исход беременности, родов, послеродового периода, а также здоровье будущего ребенка. Раннее взятие на учет беременной (до 12 нед) позволяет своевременно обследовать ее и решить вопрос о возможности пролонгирования беременности.

Одна из важных задач врача консультации — прогнозирование возможных осложнений гестационного периода и состояния внутриутробного плода. Тщательный сбор анамнеза, осмотр, результаты лабораторных исследований позволяют правильно поставить диагноз, привлечь к обследованию других специалистов и своевременно провести профилактические мероприятия, способствующие снижению материнской и детской смертности.

Прогнозирование осложнений (социально-биологические, акушерско-гинекологические, экстрагенитальные) на основании совокупности различных данных позволяет выделить беременных в группу риска акушерской и перинатальной патологии. Многими отечественными и зарубежными акушерами разработаны критерии, так называемые факторы риска, по которым производится оценка степени риска (Перснанинов Л. С. и др., 1976; Садаускас В. М., 1976; Фролова О. Г., Николаева Е. И., 1980; Babzon S. G. et al., 1979). Число их колеблется от 40 до 150. Каждый фактор оценивается по десятибалльной системе. Это дает возможность не только оценить каждый фактор, но при наличии нескольких получить их суммарную оценку в баллах (табл. 1).

В I группу риска входят беременные с отягощенным акушерским анамнезом. Наиболее частым осложнением бывают угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода, аномалии родовой дея-

Таблица 1

Оценка пренатальных факторов риска
(Фролова О. Г., Николаева Е. И., 1980).

Факторы риска	Баллы	Факторы риска	Баллы
I. Социально-биологические			
1. Возраст матери:		4. Вредные привычки	
моложе 20 лет	2	мать:	
30—34 года	2	курение двух па-	
35—39 лет	3	чек сигарет в день	1
40 лет и старше	4	злоупотребление	
2. Возраст отца 40 лет		алкоголем	2
и более	2	отец:	
3. Профессиональные		злоупотребление	
вредности у:		алкоголем	2
матери	3	5. Эмоциональные на-	
отца	3	грузки	1
		6. Рост и масса тела	
		матери:	
		рост 150 см и ме-	
		нее	2
		масса тела на 25%	
		выше нормы	2
II. Акушерско-гинекологический анамнез			
1. Паритет (которые ро-		6. Смерть в неонаталь-	
ды)		ном периоде:	
4—7	1	1	2
8 и более	2	2 и более	7
2. Аборты перед пер-		7. Аномалии развития у	
выми настоящими ро-		детей	3
дами:		8. Неврологические на-	
1	2	рушения	2
2	3	9. Масса тела доношен-	
3 и более	4	ных детей до 2500 и	
3. Аборты перед пов-		4000 г и более	2
торными родами или		10. Бесплодие:	
после последних ро-		2—4 года	2
дов:		5 лет и более	4
3 и более	2	11. Рубец на матке пос-	
4. Преждевременные ро-		ле операции	3
ды:		12. Опухоли матки и	
1	2	яичников	3
2 и более	3	13. Истмико-цервикаль-	
5. Мертворождение:		ная недостаточность	2
1	3	14. Пороки развития	
2 и более	8	матки	3

Продолжение табл. 1.

Факторы риска	Баллы	Факторы риска	Баллы
III. Экстрагенитальные заболевания матери			
1. Сердечно-сосудистые		3. Эндокринопатии:	
пороки сердца без		диабет	10
нарушения крово-		диабет у родствен-	1
обращения	3	ников	
пороки сердца		заболевания щито-	
с нарушением		видной железы	7
кровообращения	10	4. Анемия (содержание	
гипертоническая		гемоглобина 90—	4—2
болезнь I—II ста-		110 г/л)	—1
дии	2—8—12	5. Коагулопатии	2
вегетососудистая		6. Миопия и другие за-	
дистония	2	болевания глаз	3
2. Заболевания почек:		7. Хронические специфические	
до беременности	3	инфекции	
обострение заболе-		(туберкулез, бру-	
вания при беремен-		целлез, сифилис,	
ности	4	токсоплазмоз и	3
заболевания над-		др.)	
почечников	7	8. Острые инфекции при	
		беременности	2
IV. Осложнения беременности			
1. Выраженный ранний		4. Резус и АВО изосен-	
токсикоз	2	сублимизация	5—10
2. Поздний токсикоз:		5. Многоводие	4
водянка	2	6. Маловодие	3
нефропатия I—II—		7. Тазовое предлежание	
III степени	3—5—10	плода	3
эклампсия	12	8. Многоплодие	3
преэклампсия	11	9. Переносенная бере-	
3. Кровотечение в I и II		менность	3
половине беремен-		10. Неправильное поло-	
ности	3—5	жение плода (по-	
		перечное, косое)	3
V. Состояние плода			
1. Гипотрофия	10		
2. Гипоксия	4		
3. Содержание эстриола			
в суточной моче:			
4,9 мг в 30 нед	34		
12 мг в 40 нед	15		
4. Изменение вод при			
амниоскопии	8		
Степень риска:			
низкая — до 4 баллов,			
средняя — 5—9,			
высокая — 10 и более.			

тельности. К грозным осложнениям в этой группе относятся разрыв матки, предлежание плаценты, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде, а также гибель плода.

Принимая во внимание неблагоприятное влияние абортов на течение беременности и родов, врачи женских консультаций должны осуществлять мероприятия по реабилитации после аборта, шире пропагандировать и применять на практике различные методы контрацепции.

При обследовании беременной с невынашиванием в анамнезе желательно установить его причину, причем необходимо обследовать эту женщину до наступления очередной беременности (см. *Невынашивание беременности*). У первородящих моложе 18 лет и старше 30 лет часто наблюдаются невынашивание, внутриутробная гипоксия плода, перенашивание, аномалия родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод.

Серьезное внимание следует уделять беременным с рубцом на матке. В их индивидуальной карте подробно должны быть изложены характер, объем и причины операции и течение послеоперационного периода. Врач консультации должен регулировать интервал последующей беременности у женщин с рубцом на матке.

При мертворождении или ранней детской смертности в анамнезе участковый гинеколог должен иметь подробную выписку, в которой освещены течение родов, результаты патологоанатомического вскрытия, течение периода новорожденности.

Во II группу риска включены беременные с экстрагенитальной патологией. Ведение их должен осуществлять акушер-гинеколог совместно со специалистами по основному заболеванию: терапевтом, кардиологом, урологом, нефрологом, эндокринологом, окулистом, инфекционистом и др. На основании их заключения решается вопрос о протонгировании беременности или сроке ее прерывания. Можно без последствий прервать беременность сроком до 12 нед.

В III группу повышенного риска входят беременные с различными осложнениями, возникшими во время данной беременности. Ранний и поздний токсикоз, кровотечения в I и II половине беременности, многоводие, неправильные положения плода, тазовое предлежание, многоплодие, недонашивание, перенашивание — все это приводит к плацентарной недостаточности, гипоксии,

гипотрофии плода и соответственно к высокой материнской и перинатальной смертности. При установлении группы повышенного риска врач женской консультации должен внимательно наблюдать за беременной, тщательно обследовать ее, провести лечебно-профилактические мероприятия по поводу возможных осложнений.

В настоящее время клиницистами разработаны комплексные мероприятия по ведению гестационного периода, балльные оценки факторов риска в зависимости от характера акушерских осложнений и экстрагенитальной патологии.

ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Исход беременности и рождение здорового ребенка во многом зависят от возраста женщины. Известен ряд осложнений гестационного периода, связанных с незрелостью или с функциональным старением организма. Юными первородящими считаются женщины в возрасте до 19 лет, пожилыми — 26—29 лет и старыми — 30 лет и старше.

Следует отметить, что за последние годы, к сожалению, наблюдается рост числа беременных в возрасте 14—15 лет. Этот факт обусловлен процессом акселерации, взрывом информации на сексуальные темы по видео и телевидению, в печати, отсутствием должной санитарно-просветительной работы среди школьников 11—13 лет по вопросам физиологии пубертатного периода, планирования семьи, контрацепции, вреде ранней половой жизни, раннего брака.

При выявлении беременности в возрасте 15 лет и более по заключению ВКК женской консультации показано прерывание беременности в срок до 28 нед в условиях стационара.

Противопоказания к беременности: состояние физиологической незрелости организма — возраст до 16 лет и состояние угасания функций репродуктивной системы женщины — возраст 40 лет и более.

Следует отметить, что течение гестационного периода у беременных различного возраста сопровождается ря-

Таблица 2

Прогнозирование риска развития слабости родовой деятельности и перинатальной патологии у первородящих различного возраста.
(Саруханова А. А., 1987)

Факторы риска	Риск развития, баллы	
	слабость родовой деятельности	перинатальная патология
I. Возраст, лет:		
1) до 19	1	1
2) 19—25	0,5	0,5
3) 26—29	1	1
4) 30 и старше	2	2
II. Соматический анамнез:		
5) сердечно-сосудистые заболевания	0,5	0,5
6) заболевания почек	0,5	2
7) острые инфекции при беременности	1	2
8) ожирение	2	2
III. Акушерско-гинекологический анамнез:		
9) менархе с 15—16 лет	0,5	1
10) менархе с 17—18 лет	2	3
11) воспалительные заболевания матки и придатков	4	1
12) опухоли матки и придатков	2	1
13) самопроизвольный выкидыш	1	0,5
14) медицинский аборт	0,5	0,5
15) бесплодие от 1 до 5 лет	1	1
16) бесплодие от 5 до 10 лет	3	2
IV. Течение беременности		
17) ранний токсикоз	0,5	0,5
Поздний токсикоз беременных:		
18) отеки беременных	0,5	1
19) нефропатия I степени	1	1
20) нефропатия II степени	2	2
21) нефропатия III степени	4	3
22) анемия беременных	1	2
Угроза прерывания беременности:		
23) I половина	1	1
24) II половина	1	1
25) перенашивание	2	2
26) тазовое предлежание	1	2
27) внутриутробная гипотрофия плода	—	2
28) многоводие	—	3

Продолжение табл. 2

Факторы риска	Риск развития, баллы	
	слабость родовой деятельности	перинатальная патология
29) хроническая внутриутробная гипоксия плода	—	2
V. Подготовительный период к родам:		
30) «незрелая» шейка матки	3	2
31) недостаточно зрелая шейка матки	1	0,5
32) «зрелая» шейка матки	0,5	0,5

Степень риска:

низкая — 2—6 баллов,
средняя — 6—10,
высокая — 10 и более.

дом осложнений: прерывание беременности, особенно во II половине, гестоз, железодефицитная анемия, внутриутробная гипоксия, плацентарная недостаточность, гипотрофия, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалия родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

Эти серьезные осложнения требуют своевременной диагностики и правильного лечения. Безусловно, возможность прогнозирования этих осложнений — залог благоприятного исхода беременности как для матери, так и для плода. Для этого врач женской консультации должен использовать прогностическую таблицу (табл. 2), разработанную А. А. Сарухановой (1987).

Ведение беременности у юных первородящих. При первой явке беременной в женскую консультацию врач должен тщательно изучить общий и акушерский анамнез, характер менструальной функции, обратить внимание на развитие скелета, размеры таза. В течение первой недели необходимо произвести полное лабораторное обследование, осуществить консультацию терапевта, оториноларинголога, окулиста и решить вопрос о полноценности и функциональных особенностях организма.

Врач женской консультации обязан проводить беседы с юной беременной о режиме дня, питании, которое должно быть высококалорийным, богатым белками, витаминами, частыми малыми порциями. Крайне недопустимо голодание или переедание.

У юных первородящих в конце беременности необходимо точно оценить размеры таза, обратить особое внимание на их общее развитие, рост, наличие признаков инфантилизма или перенесенного рахита. В связи с тем, что формирование скелета заканчивается к 20—22 годам, у юных первородящих часто диагностируется общеравномерносуженный таз, поэтому в родах возникает высокий риск развития клинически узкого таза, разрыва матки. Для профилактики указанных осложнений юные первородящие со сроком беременности 37—38 нед должны быть госпитализированы в стационар на родовую подготовку.

Известно, что чувство страха и тревоги по поводу предстоящих родов, различные конфликтные ситуации в связи с беременностью, родами и предстоящим материнством у подростков могут привести к различным осложнениям в течение беременности и отрицательно повлиять на плод и мать. Поэтому необходимо чуткое и внимательное отношение врача к юной беременной. Следует обязательно осуществлять психопрофилактические мероприятия, которые помогут понять беременной физиологию родов, методы обезболивания и в конечном итоге успешно провести роды.

Необходимо назначение лечебной физкультуры беременным, не имеющим экстрагенитальной патологии. Она улучшает аппетит, нормализует сон, создает оптимальные условия для работы всех систем организма, улучшает снабжение его кислородом. Курс лечебной физкультуры — не менее 30—35 индивидуальных или 40—45 групповых занятий. Хороший эффект дает госпитализация в 30—32 нед беременности в целях профилактики гестоза и улучшения маточно-плацентарного кровообращения. За 2 нед до родов необходимо оценить степень готовности организма к родам, включая оценку зрелости шейки матки. При неподготовленности организма к родам (отсутствие родовой доминанты — довольно нередкое явление) также следует госпитализировать беременную в стационар для подготовки к родам.

Ведение беременности у пожилых и старых первородящих. Врач женской консультации после тщатель-

ного сбора общего, акушерского и гинекологического анамнеза, консультаций окулиста, стоматолога, терапевта делит этот контингент беременных на две группы (Саруханова А. А., 1987). В первую включает женщин с благоприятным акушерским и соматическим анамнезом, у которых причина поздних родов — поздний брак, во вторую — первородящих с инфантилизмом, отягощенным гинекологическим или акушерским и соматическим анамнезом. Первородящим второй группы необходимо произвести углубленное клинико-лабораторное обследование и взять их на диспансерный учет, чтобы обеспечить постоянный контроль и профилактику осложнений гестационного периода.

В возрасте 28 лет и старше, особенно 35 лет и более, увеличивается частота ановуляторных циклов и гиперэстрогемии. Как правило, это обуславливает развитие соединительной ткани и гипертрофию миометрия, поэтому у первородящих старшего возраста часто возникают миомы матки (Сидорова И. С., 1990). Дегенеративные изменения миометрия обуславливают невынашивание беременности, развитие инертности матки в родах, других видов нарушения родовой деятельности, а также гипо- и атонических кровотечений в раннем послеродовом периоде. Поэтому у беременной старшего возраста следует проводить, помимо вагинального, ультразвуковое исследование матки в 12—16 нед гестационного периода в целях ранней диагностики миомы матки и своевременной профилактики акушерских осложнений.

В связи с тем, что с возрастом родителей увеличивается число случаев рождения детей с пороками развития, рекомендуется обследовать супругов в медико-генетической лаборатории, особенно первородящих старше 30 лет. При выявлении экстрагенитальной патологии у беременной необходимо разработать мероприятия совместно с терапевтом.

Ввиду снижения адаптационных возможностей организма в старшем возрасте при психопрофилактической подготовке к родам особое внимание следует уделять снятию отрицательных эмоций, вызванных предстоящими родами. В каждый триместр беременности по 10—12 дней необходимо принимать витамин С по 0,3 г 3 раза в день, рутин или аскорутин — по 1 таблетке 3 раза в день, витамин Е — по 20—25 мг в день. За 2 нед до родов необходимо оценить степень зрелос-

ти шейки матки и при установлении неподготовленности ее показана дородовая госпитализация. Беременные второй группы должны быть обязательно госпитализированы в стационар за 1—2 нед до родов.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У МНОГОРОЖАВШИХ

Проблема рождаемости многогранна. Она ставит два диаметрально противоположных вопроса: как повысить рождаемость и как ее снизить. Следует отметить, что актуальность связана с обычаями, традициями общества и, следовательно, неодинакова в различных регионах. Республика Узбекистан занимает одно из первых мест по частоте рождаемости среди бывших республик Советского Союза.

Следует отметить, что большое и частое количество родов ставит под угрозу жизнь матери и ее будущего ребенка. Согласно научным исследованиям, к категории часто- и многорожавших женщин относятся беременные, имеющие в анамнезе 4 и более родов с интервалом 2 года и менее.

По данным многих авторов, в этой группе беременных поздние токсикозы встречаются у 3,5—10%, многоводие — у 1,2—2,1%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — у 10,3%. Экстрагенитальные заболевания (особенно железодефицитная анемия) встречаются в 2 раза чаще, предлежание плаценты — в 7 раз. Все это приводит к увеличению числа случаев кровотечений во время беременности. Часто наблюдается неправильное положение плода.

Роды осложняются несвоевременным излитием вод, аномальной родовой деятельностью, разрывом (гистопатическим) матки, кровотечениями в послеродовом и раннем послеродовом периоде (гипотония, атония), послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями.

Осложнения гестационного периода связаны соотносительно немолодым возрастом, экстрагенитальной патологией, снижением адаптационных механизмов организма, с дистрофическими изменениями в миометрии, невозможностью организма за короткий интервал между родами восстановить свое состояние, пониженным тонусом мышц брюшного пресса и тазового дна.

Симптомы основного заболевания являются *противопоказаниями* к пролонгированию беременности. Безусловно, врач женской консультации не может запре-

тить женщине рожать, но объяснить ей ситуацию, рассказать о возможных осложнениях беременности и родов и состоянии ребенка обязан.

Разрешается по социальным показаниям прервать беременность в сроки до 28 нед у женщины, имеющей 5 детей и более, и у женщины в возрасте старше 45 лет. В индивидуальном порядке ВКК может разрешить прерывание беременности (до 28 нед) по желанию женщины, имеющей 3 детей и более.

В женской консультации многорожавшие беременные должны быть отнесены в группу риска на развитие большого числа акушерских и перинатальных осложнений.

В I половине беременности женщина должна посещать женскую консультацию 1 раз в месяц, а во II — 1 раз в 2 нед. Помимо общепринятой схемы обследования, следует определять содержание гемоглобина в крови 1 раз в месяц в I половине и 2 раза — во II; уровень общего белка, состояние свертывающей системы крови (фибриноген, тромботест, время свертывания) в I и II половине, а также производить пробы мочи по Нечипоренко и Зимницкому.

Беременная должна посещать 1 раз в месяц терапевта в I половине и 2 раза в месяц во II, по необходимости и других специалистов. Ее обязательно следует госпитализировать в стационар в срок до 12 нед для всестороннего обследования и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, затем в 24—28 и 30—32 нед и за 1—2 нед до родов. Высокую эффективность дает профилактическое лечение многорожавших в дневном стационаре (Джаббарова Ю. К., 1990).

При отказе беременной от госпитализации необходимо в 24—28 нед провести лечение в целях улучшения маточно-плацентарного кровообращения (витамины В₆, С, кокарбоксилаза, глюкоза, галаскорбин, рутин, аскорутин, трентал, курантил и др.). В 30—32 нед необходимо, помимо указанных средств, назначать препараты железа (феррамид, ферраплекс, ферковен и др.) в течение 15—20 дней, курс повторить в 36 нед.

За 7—10 дней до родов следует назначить аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, кальция глюконат по 0,5 г 3 раза, викасол по 0,015 г 3 раза, сигетин по 1 таблетке 3 раза в день, дицинон по 0,25 г 3 раза в день в течение 3—4 дней.

Этой категории беременных показаны лечебная физкультура на протяжении всего гестационного периода, полноценная и рациональная диета, включающая достаточное количество белка, витаминов, ненасыщенных жирных кислот.

Послеродовой период характеризуется гипогалактией, большой частотой септических осложнений и железодефицитной анемии. Правильное питание, соблюдение правил гигиены, санация, витаминизация и прием препаратов железа во время беременности позволяют снизить частоту возникновения этих осложнений.

Профилактика заключается в своевременном выявлении экстрагенитальной патологии, оздоровлении женщин, в проведении санитарно-просветительной работы, направленной на разъяснение возможных осложнений.

После родов необходимо решить вопрос контрацепции и подобрать индивидуально приемлемый вид противозачаточного средства. Наиболее рациональным методом контрацепции у часто и многорожавших женщин являются внутриматочные контрацептивы, которые следует ставить с 6-го дня нормального течения послеродового периода до 3 мес.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность считается многоплодной, если в полости матки одновременно развиваются два или несколько плодов. Многоплодная беременность встречается в 0,7—1,5% случаев от всех родов, причем тройни — в 1% от всех многоплодных родов (Василевская Л. Н. и др., 1987).

Наступление многоплодной беременности зависит от ряда факторов, учет которых позволяет прогнозировать ее возникновение (Василевская Л. Н., 1987; Ботвин М. А., Сидорова И. С., 1991).

К прогностическим признакам относятся:

- возраст старше 30 лет, большое количество родов;
- наследственность — рождение (или выкидыш) в семье двойни, тройни;
- многоплодная беременность в анамнезе;
- пациентка или ее супруг из двойни;
- нарушение менструального цикла, гормональное лечение (стимуляция овуляции кломифенцитратом, хо-

рионическим гонадотропином, применение гормональных контрацептивов до настоящей беременности);

- аномалии матки: двурогая, перегородка в ней;
- экстракорпоральное оплодотворение.

При многоплодной беременности все органы работают с большой нагрузкой, этим и объясняется большая частота гемодинамических расстройств и осложнений беременности.

Течение беременности осложняется невынашиванием (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды), токсикозом I и II половины беременности, железодефицитной анемией, внутриутробной задержкой развития плода, неправильными положениями плода (косое, поперечное, тазовое), многоводием, иммунологической несовместимостью по АВО-системе, аномалией развития плода.

В родах возникают следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалия родовой деятельности, выпадение мелких частей плода, кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде, перинатальная патология (гипотрофия, асфиксия и травма новорожденного), травматизм матери (разрывы мягких родовых путей, разрыв матки).

Главная задача врача женской консультации — раннее распознавание многоплодной беременности. Для того чтобы поставить диагноз, необходимо учитывать клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований (Ботвин М. А. и др., 1991).

После тщательно собранного наследственного, акушерского анамнеза нужно обратить особое внимание на следующее:

- несоответствие размеров матки (высота ее дна над лоном) сроку беременности. Размеры матки всегда больше, особенно с 14—17-й недели. Высота дна матки на 5—6 см больше должной в этот срок гестации. Окружность живота более 100 см к концу беременности;
- быстрый прирост массы тела женщины с 16-й недели беременности;
- повышенный тонус матки;
- раннее появление железодефицитной анемии и одышки (с 20—24-й недели);
- раннее ощущение шевеления плодов (с 15—16-й недели);

Гос. научная медицинская
библиотека МЗ Р.У.

№ 449972

— определение при пальпации трех и более крупных частей плодов;

— низкое расположение предлежащей части во входе в малый таз при высоком стоянии дна матки и небольших размерах предлежащей головки;

— прослушивание сердцебиения плодов в двух различных точках матки с «зоной молчания» между ними;

— неправильное положение плода (косое, поперечное).

Ультразвуковой метод позволяет диагностировать многоплодную беременность с 5–6-недельного срока, определить расположение плодов в матке, размеры, локализацию плаценты, сердцебиение плодов, характер предлежания. После 20-недельного срока беременности можно использовать фоно- и электрокардиографию.

При многоплодной беременности по сравнению с одноплодной начиная с 10-недельного срока отмечается увеличение экскреции хорионического гонадотропина и уровня плацентарного лактогена в 2 раза.

Основными задачами при ведении женщин с многоплодной беременностью являются пролонгирование беременности до срока родов, своевременная профилактика и коррекция возникающих осложнений, оптимальное ведение родов, послеродового периода, периода новорожденности (Василевская Л. Н., 1987).

При многоплодии необходимо осуществлять динамическое ультразвуковое наблюдение за беременной, кардиотокографию с 34-й недели беременности 1 раз в 2 нед, электрокардиографию 1–2 раза, во II половине определять количество гемоглобина, эритроцитов 2 раза в месяц, уровень общего белка, фибриногена в крови, время свертывания.

Проводится комплекс профилактических мероприятий:

— рациональный режим дня беременной (расширенный постельный режим, раннее освобождение от трудовой деятельности);

— полноценное питание: частый прием пищи, богатой белками (мясо, яйца, творог и т. д.), витаминами, адекватный прием углеводов;

— назначение спазмолитиков начиная с 20-й недели по 2–4 нед с перерывами 1–2 нед (но-шпа по 0,04 г 1–2 раза в день, бриканил по 0,0025 г 1–2 раза в день, папаверин по 0,04 г 3 раза в день);

— начиная с 20 нед прием препарата железа до 70 мг

в сутки по 2–3 мес (ферроплекс по 2 драже 2 раза в день, ферроцерон по 0,3 г 3 раза в день);

— профилактическая госпитализация — в 18–24, 32 и 36 нед на родовую подготовку.

Беременная посещает женскую консультацию 1 раз в месяц в I половине беременности и еженедельно — во II.

Послеродовой период. Лактация. Для обеспечения лактации и реабилитации организма после родов в послеродовом периоде необходимы полноценное питание, прием железосодержащих препаратов, аскорбиновой кислоты и витаминов группы В. Обязательными являются занятия лечебной физкультуры для укрепления мышц брюшного пресса и тазового дна.

Через 3 мес необходимо обеспечить контрацепцию. Можно использовать как внутриматочные контрацептивы, так и при отсутствии противопоказаний гормональные. Последующая беременность рекомендуется не ранее чем через 3–4 года.

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Частота невынашивания беременности составляет 10–25% от числа беременностей (Сидельникова В. М., 1989). Поэтому своевременное выяснение причин невынашивания, проведение профилактического лечения — первостепенная задача врача женской консультации. Установление факторов риска невынашивания имеет основное значение как для выделения групп риска, так и для последующего патогенетического лечения.

Профилактика невынашивания состоит из нескольких этапов. На I этапе врач женской консультации должен выделить группу риска по невынашиванию женщин детородного возраста; на II — проводить лечебно-профилактические мероприятия в зависимости от причин невынашивания вне беременности; на III — профилактические мероприятия во время беременности.

Полный объем лечебно-профилактических мероприятий можно осуществить лишь вне беременности. Поэтому очень важен этот период. Всестороннее обследование и этиопатогенетическое лечение — вот залог успеха вынашивания наступившей после лечения беременности.

Причины, приводящие к невынашиванию беременности, следующие: социально-биологические, генетичес-

жне, эндокринные, иммунологические, инфекция, пороки развития матки, генитальный инфантилизм, истмико-цервикальная недостаточность, миома матки, экстрагенитальные заболевания, осложнения течения беременности.

Для выявления причин невынашивания врач женской консультации должен использовать таблицу балльной оценки факторов риска невынашивания беременности (табл. 3), разработанную Л. Н. Черномаз (1978).

Вне беременности проводят следующие мероприятия и исследования:

- сбор анамнеза;
- соматическое обследование;
- гинекологический статус;
- бактериологическое исследование влагалища, цервикального канала;
- ультразвуковое исследование;
- гистеросальпингографию, гистероскопию;
- тесты функциональной диагностики;
- гормональное исследование (эстрогены, прогестерон, ТТГ, АКТГ, тестостерон, пролактин и т.д.);
- генетическое исследование;
- иммунологическое исследование (клеточный и гуморальный иммунитет).

Очень важно выяснить у пациентки срок прервавшейся беременности, что поможет предположить причину невынашивания. Так, выкидыши в ранние сроки беременности до 12 нед часто обусловлены гормональной недостаточностью — неполноценностью желтого тела беременности или генитальной инфекцией (кольпит, цервицит, эндометрит). Значительно реже отмечается такая причина, как генетическая патология, которую надо исключить при родственном браке, аномалиях спермы мужа.

Причинами прерывания беременности в поздние сроки могут быть хронические инфекционно-воспалительные и вирусные заболевания матери: сифилис, листериоз, бруцеллез, токсоплазмоз, тонзиллогенная интоксикация, краснуха, грипп и др.

Следующий важный момент — выяснение первых симптомов прерывания. Так, первоначальное появление болей внизу живота над лоном свидетельствует о повышенном тонусе матки и сокращении миометрия, что может указывать на инфантилизм, миому, аномалию развития матки, прогестероновую недостаточность. На-

Таблица 3

Оценка факторов риска невынашивания беременности (Черномаз Л. Н., 1978)

Факторы риска	Баллы	Факторы риска	Баллы
I. Социально-биологические		III. Общий анамнез	
Возраст матери:		Общие инфекционные заболевания:	
18—19	3	вирусные (грипп, малярия и др.)	
25—34	6	в анамнезе (более 2)	5
35 и более	9	во время беременности	12
Рост 145 см	8	кишечные (дизентерия, брюшной тиф и др.)	
Масса тела на 25% больше нормы	7	в анамнезе (более 1)	7
Род занятий:		Сердечно-сосудистые заболевания:	
служащие	2	без порока сердца	8
рабочие	8	с пороком сердца	10
домашние хозяйки	2	Гипертоническая болезнь в анамнезе I—II А и Б стадий	8—10
студентки	2	Артериальная гипертензия (во время беременности)	7
колхозницы	8	Заболевания уха, горла, носа и органов дыхания в анамнезе	9
II. Акушерско-гинекологический анамнез		Анемия (Hb 90 г/л)	8
Первая менструация (для первородящих)		Хронические специфические инфекции (туберкулез, сифилис, бруцеллез)	7
11—12 лет	2	Заболевания почек в анамнезе	8
15—16 лет	7	во время беременности	10
старше 17 лет	9	Заболевание эндокринной системы	10
Искусственные медицинские аборты:		Гипертония беременных	8
для первородящих — 1	12	Угроза прерывания беременности:	
для повторнородящих — 2	9	в I половину	10
Самопроизвольные аборты	13	во II половину	10
Преждевременные роды	12	Тазовые предлежания плода	5
Срочные роды (более 7)	5	Поперечное положение плода	8
Бесплодие	7		
Воспаление половых органов	9		
Оперативное вмешательство (тубэктомия, удаление кисты яичников и др.) в анамнезе	6		
IV. Осложненное течение беременности			
Токсикозы			
I половины	6		
II половины	6		

Продолжение табл. 3

Факторы риска	Баллы	Факторы риска	Баллы
отеки	8		
нефропатия I—II—III	8—10—11		
преэклампсия, эклампсия	11		
сочетанный токсикоз	12		
Многоплодие	9		
Истмико-цервикальная недостаточность	20		
Несовместимость по АВО	10		
или резус			

Степень риска.

низкая — до 25 баллов,
средняя — 25—50,
высокая — 50 и более.

Начало выкидыша с темных мажущих кровянистых выделений косвенно указывает на гибель плодного яйца или (и) его отслойку от стенок матки. Внезапное безболезненное излитие околоплодных вод наблюдается, как правило, при истмико-цервикальной недостаточности.

Определенный интерес представляет мнение пациентов о возможных причинах выкидыша. Большинство из них связывают начало заболевания с подъемом тяжести, падением, стрессом. Однако эти причины являются способствующими на фоне основных (инфантилизм, цервикальная недостаточность, воспалительно-дегенеративные изменения матки после перенесенных аборт, внутриматочных манипуляций и др.). Одной из способствующих причин выкидыша может быть бурное половое сношение, на которое пациентка указывает только при тщательном расспросе.

При соматическом осмотре следует обратить внимание на признаки инфантилизма, гипертрихоза, ожирение, по которым можно предположить эндокринную патологию.

Акушеру-гинекологу всегда следует помнить, что до оценки гинекологического статуса следует обследовать пациентку по всем системам организма (общий осмотр, нервная, сердечно-сосудистая, дыхательная, желудочно-кишечная, мочевыделительная). Гинекологический статус включает осмотр наружных половых органов (при-

знаки инфантилизма, воспаления, аномалии развития) в зеркалах (перегородка во влагалище, разрывы шейки, зияние зева, пролабирование плодного пузыря, признаки воспаления и др.) и бережного влагалищного исследования для выяснения соответствия срока беременности времени задержки менструации.

При ультразвуковом исследовании уточняется срок беременности, наличие живого плода, расположение плаценты, обращается внимание на количество вод (многоводие, маловодие), аномалии развития плода.

Невынашивание гормонального генеза. При гипофункции яичников (сохраненная овуляция, но неполноценная 2-я фаза) следует использовать сочетанную гормональную терапию половыми гормонами, причем такие дозы препаратов, чтобы не подавить собственную продукцию гормонов. Лечение проводится 2—3 циклами. В 1-ю фазу менструального цикла с 5-й по 14-й день назначается микрофоллин по 0,05 мг в сутки; с 15-го по 18-й микрофоллин в сочетании с прогестероном (по 1 мл 1% раствора внутримышечно), а с 18-го по 26-й — только прогестерон в той же дозе. Заменить прогестерон можно 17-оксипрогестерона капроном, который вводят на 15-й и 21-й дни (по 2 мл 12,5% раствора внутримышечно).

При неполноценности только 2-й фазы лечение проводится гестагенами под контролем ректальной температуры. Терапия начинается после овуляции, которая определяется по ректальной температуре. Можно применять прогестерон, 17-оксипрогестерона капроат (по указанной схеме) или норколут с 16—18-го дня в течение 8—10 дней по 5 мг 2 раза в день. В случае отсутствия овуляции можно использовать хорионический гонадотропин на 14—15-й день по 10 000 ЕД при хорошей эстрогенной насыщенности.

В целях стимуляции овуляции можно применить клостилбегит по 50 мг с 5—9-го дня цикла 1 раз в день в течение трех циклов. Рекомендуется беременеть во время 3-го цикла или после лечения. Контроль за лечением осуществляется по базальной температуре и кариопикнотическому индексу. Можно применить эстроген-гестагеновые препараты (бисекурин, нон-овлон, ригевидон и др.) с 5-го дня цикла на протяжении 21 дня (Сидельникова В. М., 1989).

При адреногенитальном синдроме патогенетически обосновано лечение глюкокортикоидами. При примене-

нии преднизолона или дексаметазона происходит угнетение выработки АКТГ, что способствует снижению продукции андрогенов. Дозу подбирают индивидуально под контролем уровня 17-кетостероидов, которые необходимо определять на протяжении лечения и беременности. Сначала назначают такую дозу глюкокортикоидов, чтобы содержание 17-кетостероидов снижалось до нормы, затем постепенно уменьшают дозировку, с сохранением среднего уровня их экскреции, который определяют каждые 2 нед. Обычно достаточно 0,5 мг (1 таблетка) или 0,375 мг (3/4 таблетки) дексаметазона в течение 3—5 дней. При нормализации уровня 17-кетостероидов дозу уменьшают до 0,125 мг (1/4 таблетки) в сутки. Лечение продолжают до и во время беременности. В случае отсутствия полноценной овуляции можно применять дексаметазон в сочетании с клостилбегитом под контролем тестов функциональной диагностики.

При генитальном инфантилизме гормональную циклическую терапию следует сочетать с немедикаментозными методами лечения (электрофорез меди, иглорефлексотерапия, гипербаротерапия, электростимуляция шейки матки по 2—3 сеанса).

При инфекционном генезе невынашивания следует проводить антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. При невозможности определения бактериального агента следует помнить, что наиболее частыми возбудителями являются энтеробактерии грамотрицательные и микоплазмы. Поэтому применимы препараты тетрациклинового ряда. Тетрациклин назначают по 0,2 г 3 раза в день в сочетании с нистатином или леворином по 500 000 ЕД 3 раза в день. При непереносимости его можно использовать линкомицин по 0,25 г 4 раза в сутки за 1—2 ч до еды. Антибиотики хорошо сочетать с сульфаниламидами в общепринятых дозировках и с трихополом (метронидазол) по 0,25 г 2 раза в сутки в те же дни.

Через 2 нед после антибактериальной терапии показаны электрофорез меди, ультразвук, при наличии спаек — электрофорез лидазы и т. д. После каждого курса осуществляют бактериологический контроль. При необходимости проводят 2—3 курса лечения.

Очень часто воспалительный процесс в гениталиях сочетается с гипофункцией яичников, что обуславливает необходимость гормональной терапии.

Лечение женщин с пороками развития матки должно

быть комплексным. Хирургические вмешательства следует выполнять только тогда, когда все методы консервативного лечения оказались неэффективными.

Для подготовки больных с синехиями матки к беременности необходимо выполнять под контролем гистероскопа трансцервикальное рассечение спаек с последующим назначением гормональной терапии (микрофоллин, норколут) в течение трех менструальных циклов. Перед операцией показана физиотерапия (электрофорез лидазы, ультразвук и др.) в течение 2—3 менструальных циклов.

При выявлении истмико-цервикальной недостаточности лечение вне беременности должно быть индивидуальным. При грубых анатомических изменениях шейки матки, обусловленных старыми разрывами, необходимо оперативное лечение (пластика шейки матки). До хирургического вмешательства следует проводить тщательное бактериологическое обследование и профилактическое антибактериальное лечение.

После пластических операций на шейке матки рекомендуется предохраняться в течение 6 мес. При наступлении беременности необходим тщательный контроль за шейкой матки. Родоразрешение обычно оперативное — кесарево сечение.

При функциональной истмико-цервикальной недостаточности первым этапом в подготовке к беременности является тщательный бактериологический контроль, антибиотикотерапия с 1-го по 7-й день менструального цикла с учетом чувствительности флоры. Необходимость гормональной терапии оценивается по тестам функциональной диагностики.

Во всех случаях невынашивания критерием достаточной подготовки организма к беременности является отсутствие инфекции и полноценная 2-я фаза (Сидельникова В. М., 1989).

Во время беременности исследуют кровь на бруцеллез, токсоплазмоз, на группу и резус-фактор; сахар, глюкозотолерантный тест; эстриол, прогестерон; мочу на кетостероиды, 17-оксикортикостероиды; анализируют выделения из трех точек; проводят бактериологический посев из цервикального канала, мочи; измеряют базальную температуру, определяют кариопикнотический индекс в динамике; необходимы консультация оториноларинголога, стоматолога, генетическое обследование.

Профилактика во время беременности зависит от причины невынашивания. При эндокринной форме проводят профилактическое и сохраняющее лечение в стационаре в критические сроки беременности (6—8, 18—20, 26—30 нед). Беременных для подготовки к родам госпитализируют в 38 нед. Назначают спазмолитики, седативные и десенсибилизирующие препараты, витамин Е, гормоны под контролем ректальной температуры. В зависимости от нарушений лечение проводят или только гестагенами (прогестерон, туринал) или в сочетании с эстрогенами (микрофоллин).

До 12 нед используется хорионический гонадотропин через 2—3 дня по схеме: 500—2500—5000—7500—10 000—10 000—7500 ЕД и снижается до 2500 ЕД. В критические сроки необходимо воздерживаться от половой жизни.

Хорошие результаты у беременных с гормональным генезом невынашивания дает профилактическое лечение в дни ожидаемых овуляций. От даты последней менструации отсчитывают дни ожидаемых овуляций (обычно 14—15-й день в зависимости от длительности менструального цикла), если бы не было беременности. За 2—3 дня до, во время и 2—3 дня после этого срока проводят лечение по следующей схеме:

- но-шпа по 1 таблетке 3 раза в день;
 - туринал по 1 таблетке 1 раз (можно дозировку менять в зависимости от самочувствия и данных ректальной температуры);
 - витамин Е по 1 мл 10% раствора внутримышечно через день или 1 мл 30% раствора внутримышечно 1 раз на курс;
 - на ночь свечи с папаверином в прямую кишку.
- Половая жизнь недопустима.

Эта схема лечения эффективна до 20—24 нед беременности, используется в амбулаторных условиях. Курс лечения — 6—7 дней.

Профилактическое лечение по этой схеме можно проводить и с учетом сроков прерывания при предыдущих беременностях. Терапия начинается за 7—10 дней до ожидаемого срока.

При инфекционном генезе невынашивания проводят лечение под контролем ректальной температуры и бактериологического обследования. До 12 нед беременности осуществляют санацию влагалища и сохраняющую терапию с включением гормонов. Затем лечение про-

водят в 18—22, 28—32 нед с включением в терапию антибиотиков, спазмолитиков и т. д. На роды госпитализируют за 1 нед с обязательной антибактериальной терапией, которую проводят и в послеродовом периоде.

При истмико-цервикальной недостаточности на фоне сохраняющей терапии, которую применяют при гормональном генезе невынашивания, осуществляют хирургическое лечение за 7—10 дней до самого раннего срока прерывания беременности (желательно 13—15 нед). Операцию выполняют на фоне интенсивной сохраняющей терапии. В послеоперационном периоде в течение 7—12 дней показан постельный режим. В стационаре находится на лечении до 30 дней после операции. Для снятия шва или рассечения спаек в области наружного зева госпитализируют на роды в срок 38 нед беременности.

РАННИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

Ранний токсикоз беременных, особенно тяжелые формы, неблагоприятно отражается на течении гестационного периода, приводит к гипоксии плода. У беременных, перенесших его, часто возникают угроза прерывания беременности, железодефицитная анемия, поздний токсикоз (гестоз) беременных.

Для предотвращения этих осложнений большое значение имеет прогнозирование возникновения раннего токсикоза у различных групп беременных женщин. Проведение мероприятий в группе риска в целях предупреждения развития его за несколько месяцев до планируемой беременности позволяет в 2,6 раза снизить возникновение данной патологии. С этой целью может быть использована таблица «Алгоритмы прогноза развития раннего токсикоза беременных» (табл. 4), разработанная И. К. Куликовой и соавт. (1989).

Для постановки прогноза производится алгебраическое сложение прогностических коэффициентов каждого предлагаемого признака. Числовой порог для принятия определенного заключения (с 95-процентной достоверностью) равен ± 13 . Если сумма прогностических коэффициентов меньше или равна — 13 баллам, то выносится заключение о неблагоприятном прогнозе; больше или равна +13 баллам — о благоприятном. При сумме прогностических коэффициентов $\pm 8—12$ баллов говорят о 75-процентной вероятности прогноза, а при

Таблица 4

Алгоритмы прогноза развития раннего токсикоза беременных
(Куликова И. К. и др., 1989)

Признак	Прогностический коэффициент	Признак	Прогностический коэффициент
I. Конституционные признаки			
Относительное содержание жира в организме менее 30%	-4	Относительное содержание жира в организме 30% и более	+3
Группа крови А (II)	-2	Группа крови 0 (I)	+1
II. Экстрагенитальная патология В(III), АВ(IV)			
Хронический тонзиллит с тонзиллэктомией в пубертатном периоде	-5	Отсутствие заболевания и операции	-3
Затяжные инфекционные заболевания в пубертатном периоде (пневмония, дизентерия, гепатит, брюшной тиф и др.)	-3	Отсутствие заболеваний	2
Хронический гастрит или гастродуоденит в анамнезе	-3	Отсутствие заболевания	+2
Желчнокаменная болезнь в анамнезе	-6	Отсутствие заболевания	+1
Вегетососудистая дистония или мигрень в анамнезе	-6	Отсутствие заболевания	+2
Сотрясение мозга в анамнезе	-4	Отсутствие травмы	+1
III. Менструальная функция			
Возраст менархе 15 лет и более или 11 лет и менее	-2	Возраст менархе 13—14 лет	+1
Продолжительность менструаций 6—7 дней и более или имеется перемежающаяся продолжительность менструаций	-5	Продолжительность менструаций 3—4 дня	+2
Менструальный цикл нечеткий, имеются задержки менструаций на 5 дней и более	-6	Цикл четкий или имеются задержки менструации на 1—2 дня	+2
Наличие менструального синдрома с тошнотой и рвотой	-10	Отсутствие синдрома	+3

Продолжение табл. 4

Признак	Прогностический коэффициент	Признак	Прогностический коэффициент
IV. Акушерско-гинекологический анамнез			
Первичное бесплодие	-4	Отсутствие первичного бесплодия	+2
Предыдущая беременность протекала с ранним токсикозом, потребовавшим стационарного лечения	-7	Отсутствие раннего токсикоза при предыдущей беременности, или была тошнота с «утренней» рвотой	+2
Предыдущая беременность сопровождалась слюнотечением	-4	Отсутствие слюнотечения при предыдущей беременности	0
Самопроизвольные аборты в анамнезе (кроме истмико-цервикальной недостаточности)	-6	Самопроизвольных абортов не было или их причина — истмико-цервикальная недостаточность	+3

сумме до +8 баллов выносят неопределенное заключение. Следует отметить, что ранний токсикоз возникает у 30% женщин с суммой факторов риска от -3 до -7 баллов и лишь у 5% женщин с суммой факторов риска от +3 до +7 баллов. Таким образом, даже неопределенное значение в зависимости от знака суммы факторов риска может нести прогностическую информацию.

Обследование этой группы беременных не имеет каких-либо особенностей. Исключение составляют женщины, страдающие экстрагенитальными заболеваниями, особенно желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы и др. (см. главу II). Схема посещений консультации обычная.

Противопоказания к пролонгированию беременности: рвота беременных (тяжелая, неукротимая), не поддающаяся лечению; печеночная недостаточность, истощение.

При неблагоприятном прогнозе необходимо проводить лечение за 3—6 мес до планируемой беременности, состоящее из двух комплексов метаболитов (Куликова И. К. и др., 1989).

Первый комплекс препаратов назначают с 7-го по 17-й день менструального цикла: пантотенат кальция

(по 2 мл 20% раствора внутримышечно или по 0,2 г 3 раза в день), липоевую кислоту (по 4 мл 0,5% раствора внутримышечно или по 0,025 г 3 раза в день), рибофлавин-моноклеотид (по 1 мл 1% раствора внутримышечно или по 0,005 г 2 раза в день), кокарбоксилазу (по 50 мг внутримышечно). Действие препаратов первого комплекса направлено на активацию цикла Кребса и усиление тканевой биоэнергетики.

Второй комплекс препаратов назначают с 20-го по 27-й день цикла: рибоксин (по 0,2 г 3 раза в день), оротат калия (по 0,25 г 3 раза в день), пиридоксальфосфат (по 0,02 г 3 раза в день), фолиевую кислоту (по 0,001 г 3 раза в день). Препараты второго комплекса оказывают анаболизующий эффект за счет усиления биосинтеза пуриновых и пиримидиновых оснований, активации гемоглобина, стабилизации клеточных мембран и пр.

Во время беременности рекомендуется создание правильного режима питания, отдыха, психоэмоциональных нагрузок. Врач женской консультации должен провести разъяснительную беседу с беременной. В частности, он должен отметить, что тошнота и утреннее рвота — это признаки беременности, результат сложной перестройки всего организма и в первую очередь нервной, гормональной и иммунной систем, что при соблюдении правильного режима питания и сна эти симптомы быстро купируются и не переходят в патологическое состояние. Особенности питания заключаются в частом приеме пищи (каждые 30—60 мин) малыми порциями (1/4 яблока, груши и других фруктов, несколько ягод, 1/2 помидора, огурца и т. п., 1/2 печенья, конфеты и т. п.), обильном питье, желательном щелочных жидкостях (ташкентская, ферганская минеральные воды без газа), соков дробными порциями (по 50—60 мл на прием). Хорошо переносятся блюда в холодном виде (мороженое, отварной рис с кислым молоком, рисовый суп—мастава с фрикадельками) и продукты нейтрального вкуса: сухари из пшеничного хлеба, картофель, жаренный соломкой, орехи земляные, грецкие, семечки, которые принимаются в течение дня. Рекомендуется обязательно съесть что-нибудь перед сном, среди ночи выпить 1 стакан сока, кофе с молоком или навар-чай; утром, не вставая с постели, съесть 2—3 сухарика, 1/2 стакана чая. Женщину следует убедить в том, что рвота и тошнота — это результаты голодания и интоксикации

и главное лечение — питье и прием пищи микро-дозами.

После 12 нед беременности, когда начинает функционировать плацента, эти явления обычно проходят. При прогрессировании заболевания показано лечение в стационарных условиях. Хороший эффект дают физиотерапевтические процедуры: электросон, электрофорез кальция на область солнечного сплетения или в виде «воротника», индуктотермия, рефлексотерапия, эндоназальная гальванизация. При слюнотечении следует применять такие растительные травы, как шалфей, мята, ромашка.

ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ (ГЕСТОЗ)

Беременные с экстрагенитальными заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания почек, легких, печени, сердца, анемия и др.) составляют группу риска на развитие поздних токсикозов беременных.

Беременные моложе 18 и старше 30 лет также составляют высокую группу риска на развитие гестоза. К социально-бытовым факторам, являющимся фоном для развития гестозов, относятся профессиональные вредности, вредные привычки, несбалансированное питание, длительное психоэмоциональное напряжение.

Поздний токсикоз беременных часто возникает у женщин с осложнением гестозом предыдущих беременностей, страдающих ранним токсикозом при настоящей беременности, многогрозавших, с большим количеством аборт, а также при таких видах акушерской патологии, как многоплодие, изоммунизация по АВО-системе и резус-фактору.

Течение беременности на фоне гестоза может привести к угрожающим жизни осложнениям: прогрессированию гестоза вплоть до преэклампсии и эклампсии, преждевременной отслойке плаценты, внутриутробной гипоксии и задержке роста плода, антенатальной гибели, развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и послеродовому кровотечению, почечной недостаточности.

Течение родов нередко осложняется аномалией родовой деятельности, кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периоде, асфиксией, антенатальной или постнатальной смертью новорожденного. На фоне гестоза у матерей в послеродовом периоде отмечаются

учащение септических осложнений, гипогалактия, повышенная заболеваемость детей в раннем неонатальном периоде.

В женской консультации следует выделить беременных с факторами риска на развитие гестоза. Группу повышенного риска составляют больные с экстрагенитальной патологией — заболеваниями почек, печени, щитовидной железы, гипертонической болезнью, железодефицитной анемией, хроническими неспецифическими заболеваниями легких и бронхов, хроническим тонзиллитом декомпенсированной формы, ожирением, сахарным диабетом, ревматизмом. В нашем регионе чаще всего гестоз развивается на фоне хронической патологии почек, печени, анемии, ревматических пороков сердца и эндокринопатии.

В группу повышенного риска следует отнести первородящих, особенно в возрасте моложе 19 лет и старше 30 лет, многорожавших (4 и более родов); женщин, отрицательно относящихся к своей беременности, перенесших психоэмоциональный стресс, с лабильной нервной системой, имеющих вредные привычки (алкоголь, курение), контакт с производственными вредностями. Гестоз чаще развивается у беременных, в рационе которых отмечается недостаточное содержание белковых продуктов питания.

К акушерским факторам, способствующим развитию гестоза, относятся указания в анамнезе на наследственность позднего токсикоза, мертворождение, осложнение гестозом предыдущей беременности, многоплодие, многоводие, резус-сенсibilизация, синдром задержки развития плода при данной беременности.

У этой группы беременных следует при каждом посещении оценивать доклинические признаки гестоза — прегестоз (претоксикоз). Под претоксикозом следует понимать комплекс патологических изменений в организме беременных, который непосредственно предшествует клинике гестоза и определяется только специальными методами. Для диагностики претоксикоза используются пробы на выявление патологических реакций сердечно-сосудистой системы, изменений в моче и крови, в частности следующие:

— сосудистая асимметрия (лабильность сосудистого тонуса, вегетативная асимметрия). При измерении артериального давления на правой и левой руках разница не должна превышать 10 мм рт. ст.;

— снижение пульсового артериального давления до 30 мм рт. ст.

— изменение периферического тонуса. Женщину просят поднять руки над головой и сжать их в кулак на 2—3 с, затем их разжать и опустить вниз. Побледнение пальцев, кистей, появление болезненности свидетельствуют о нарушении периферического кровообращения;

— тест «с переворачиванием». Трехкратно измеряют артериальное давление в течение 15 мин в положении на боку, затем на спине и снова на боку. При разнице величины диастолического давления 20 мм рт. ст. или более проба считается положительной. Можно определить уровень артериального давления до и после физической нагрузки;

— диспротеинемия (снижение альбумин-глобулинового коэффициента), уменьшение числа тромбоцитов до $160 \cdot 10^9/\text{л}$ и ниже.

Скрытые отеки можно определить по следующим признакам:

— увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели;

— положительный симптом «кольца», когда беременная обычно к вечеру не может снять обручальное кольцо (Иванов И. П., 1978);

— изменение суточного диуреза при его подсчете в течение 3 сут при одинаковой физической и водной нагрузке. Увеличение ночного диуреза более чем на 75 мл и снижение суточного диуреза более чем на 150 мл (менее 90 мл) свидетельствуют о склонности к задержке жидкости;

— положительная проба Мак-Клюра — Олдрича. В кожу внутренней поверхности предплечья вводят 0,5 мл изотонического раствора хлорида натрия. Образовавшаяся папула при нормальной гидрофильности тканей исчезает за 40—60 мин, при скрытых отеках рассасывание папулы происходит быстрее;

— патологическая прибавка массы тела. Ее определяют по шкале с помощью таблицы Б. И. Школьника (табл. 5). Женщины нормального телосложения, среднего роста за беременность должны прибавить в массе на 16—17% от ее исходной величины ($9,7 \pm 1,0$ кг); гипостенического на 23—27% ($10,6 \pm 1,0$ кг), гиперстенического на 12—13% ($8,8 \pm 0,9$ кг).

Пробы для выявления претоксикоза и ранних ста-

Таблица 5

Шкала средней физиологической прибавки массы тела в III триместре беременности (Школьник Б. И., 1969)

Рост беременной, см	Исходная масса тела беременной, кг									
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
185	—	—	—	370	385	400	420	450	480	520
				1480	1540	1600	1680	1800	1920	2080
180	—	—	355	365	380	385	415	445	475	515
			1420	1460	1520	1580	1660	1780	1900	2060
175	—	340	335	330	375	390	410	440	470	510
		1360	1400	1440	1500	1560	1640	1760	1880	2004
170	325	335	345	355	370	385	405	435	485	505
	1300	1340	1380	1420	1480	1540	1620	1640	1860	2020
165	320	330	340	350	365	380	400	430	460	500
	1280	1320	1360	1400	1460	1520	1600	1720	1840	2000
160	315	325	335	345	360	375	425	425	455	—
	1260	1300	1340	1370	1440	1450	1580	1700	1820	—
155	310	320	330	340	355	370	390	420	—	—
	1240	1280	1320	1360	1420	1480	1560	1680	—	—
150	300	310	320	330	345	360	380	—	—	—
	1200	1240	1280	1320	8310	1440	1520	—	—	—

Примечание. В числителе приведена еженедельная прибавка массы тела, в знаменателе — месячная.

дий заболевания следует проводить не реже 1 раза в 3 нед в I половине беременности и 1 раз в 2 нед во II.

Для определения возможности возникновения и тяжести гестоза можно использовать балльную оценку факторов риска на развитие позднего токсикоза беременных (табл. 6), разработанную М. А. Мухтаровой (1985).

Беременные группы повышенного риска развития позднего токсикоза подлежат обследованию и проведению профилактических мероприятий. Они должны посещать женскую консультацию в I половине беременности не реже 1 раза в 2 нед и 1 раз в неделю во II.

Таблица 6

Оценка факторов, способствующих развитию позднего токсикоза беременных (Мухтарова М. А., 1985)

Показатели	Баллы
Возраст: до 20 или старше 35 лет	1
Роды: 5 и более частые (промежуток между родами 1 год)	1 1
Отягощенная наследственность: гипертоническая болезнь, инфаркты, инсульты у родных	1
Нефропатия в анамнезе	1
Повышение или понижение артериального давления (мм рт. ст.) при повторном посещении на: 10 20 30 и выше	1 2 3
Повышение артериального давления от нормального уровня (120/80 мм рт. ст.)	1
Асимметрия артериального давления (мм рт. ст.) при повторном посещении на: 10 20 и выше	1 2
Лабильность сердечно-сосудистой системы: артериальное давление при нагрузке повышается на 20 мм рт. ст., пульс до 100 в минуту и более	1
Артериальное давление выше нормального уровня	1
Артериальное давление и пульс нормализуются после нагрузки: сразу через 5 мин через 10—15 мин не приходят к норме через 15—20 мин	1 2 3 4
Протениурия (Белок в моче: следы — 0,033%): однократная двух-трехкратная четыре-кратная и более	1 2 3
Увеличение массы тела за неделю на: 400—500 г более чем 550 г	1 2
Волдырная проба: ниже 30—25 мин 20—15 мин 10 мин и ниже 20—30 мин до 12 нед беременности	1 2 3 4

Продолжение табл. 6

Показатели	Баллы
Увеличение или уменьшение фибриногена в крови (норма—3,0—4,0 г/л)	1
протромбинового индекса (норма—60—100%)	1
Степень риска: низкая — до 4 баллов, средняя — 5—11, высокая — 12—20.	

Обследование включает следующее:

- при каждом посещении измерение артериального давления на обеих руках, определение массы тела, тесты на скрытые отеки;
- определение белков крови (в I половине — 1 раз в 2 мес, во II — каждый месяц);
- определение тромбоцитов крови (в 16, 22, 28 нед);
- общий анализ мочи при каждом посещении;
- моча по Зимницкому: 1 раз в I половине и ежемесячно во II;
- коагулограмма: 1 раз в I половине и ежемесячно во II;
- ультразвуковое исследование почек и матки;
- кардиомониторное обследование в I и II половине;
- осмотр стоматологом, ЛОР-врачом;
- осмотр терапевтом 1 раз в I половине и 2 раза в месяц во II. При наличии экстрагенитальной патологии наблюдение специалистом соответственно нозологической форме заболевания;
- осмотр окулистом 1 раз в месяц в I половине и 2 раза в месяц во II.

При наличии экстрагенитального заболевания акушером-гинекологом совместно со специалистом по данной патологии разрабатывается план обследований и лечебно-профилактических мероприятий. При первом посещении этот специалист дает заключение о возможности протонирования данной беременности.

Принципы профилактики позднего токсикоза беременных следующие (Кулаков В. И. и др., 1987):

— проведение оздоровительных и лечебных мероприятий по предупреждению, выявлению и лечению экстрагенитальной патологии у девочек, подростков, женщин до беременности;

— устранение психоэмоциональных отрицательных факторов в быту, на работе. Рациональный режим дня, отдыха, труда (перевод на легкую, не вредную работу);

— рациональное сбалансированное питание. Так, в I половине калорийность пищи должна составлять 2400—2700 ккал и содержать 110 г белка (50% — животного, 50% — растительного происхождения), 75 г жира, 350 г углеводов, во II — соответственно 2800—3200 ккал, 120, 85 и 400 г. Очень полезно употребление продуктов, содержащих полноценные белки и незаменимые аминокислоты: кефир, творог, молоко, отварные мясо, рыба, неострый сыр. Во II половине не рекомендуются блюда, содержащие экстрактивные вещества. Потребность в углеводах должна удовлетворяться за счет клетчатки.

Количество выпитой жидкости не должно быть более 1—1,2 л, в конце беременности оно уменьшается до 1 л. В связи с тем, что потребность в витаминах во время беременности повышается в 2 раза, необходимо увеличивать прием продуктов, содержащих их. Во II половине следует уменьшить количество поваренной соли до 3—5 г в сутки, особенно при склонности к отекам. Прием пищи желательнее осуществлять 4—5 раз в сутки (Кулаков В. И. и др., 1987);

— своевременное выявление и диагностика доклинических (претоксикоза, скрытых отеков) форм;

— в критические сроки беременности 20—22, 28—33 и 35—37 нед рекомендуется в течение 10—14 дней провести профилактические мероприятия, включающие диету 7, витамины (гендевит по 1 драже 3 раза в сутки, аевит по 1 капсуле 3 раза, аскорутин или рутин по 1 таблетке в день, витамин Е по 1 капсуле 3 раза в день), настой пустырника, валерианы, электросон, рефлексотерапию, метионин (по 1 таблетке 3 раза в день), калий оротат (по 1 таблетке 3 раза в день), настой кукурузных рылец, почечный чай, отвар шиповника, кислородотерапию;

— планирование беременности. Женщинам с риском развития позднего токсикоза беременных необходимо

— тяжелые формы позднего токсикоза беременных при безуспешном проведении интенсивной терапии в течение 1—2 сут;

Оценка тяжести позднего токсикоза беременных в баллах в момент осмотра

Степень тяжести состоял: легкая — 7 баллов и менее, средней тяжести — 8—11, тяжелая — 12 и более.

— эклампсия.

Противопоказанием к беременности может служить осложнение предыдущей беременности, родов или послеродового периода эклампсией, сочетанной с патологией почек, другими экстрагенитальными заболеваниями.

Единственное патогенетическое лечение при позднем токсикозе беременных — окончание беременности. В связи с этим женщинам, не имеющим экстрагенитальных заболеваний, вне беременности лечебные мероприятия не проводят. При наличии экстрагенитальной патологии профилактика состоит в лечении основного заболевания и проведения контрацепции.

После родов женщина, перенесшая гестоз, в первые 2 мес должна состоять на учете у участкового акушера-гинеколога, который с учетом индивидуальных особенностей подбирает вид противозачаточного средства. При наличии экстрагенитальных заболеваний больную должен наблюдать терапевт для проведения оздоровительных лечебных мероприятий в интергенетическом периоде. Следующая беременность при отсутствии противопоказаний может быть разрешена не ранее чем через 3 года.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

В связи с расширением показаний к абдоминальному родоразрешению появилась более трудная проблема — беременность с рубцом на матке. Множество осложнений, которые возникают в гестационном периоде, дают основание расценивать рубец на матке как «болезнь оперированной матки», «неполноценность матки» (Погорелова А. Б., 1990).

Беременность у женщин с клинко-функциональной несостоятельностью матки после кесарева сечения сопровождается значительной частотой таких осложнений, как угроза прерывания беременности (у 21,8%), признаки плацентарной недостаточности (у 36,5%), синдром задержки развития плода (у 11,9%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (у 19,3%), неправильное положение плода (у 7,1%) (Погорелова А. Б., 1990).

Течение родов осложняется аномалией родовой деятельности, разрывом матки, кровотечением (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотония и др.).

Беременные с рубцом на матке представляют для врача женской консультации довольно трудный контингент больных. Он обязан осведомить женщину о всех возможных осложнениях гестационного периода, тщательно собрать анамнез (показания к предыдущему кесареву сечению, вид операции, течение послеоперационного периода, интервал между последней беременностью и родами) и до 12 нед беременности решить вопрос о возможности ее пролонгирования (то есть оценить полноценность рубца).

По мнению клиницистов, на формирование рубца влияют следующие факторы: послеоперационная инфекция, предлежание плаценты на рубце, плохая техника шва, небольшой (до 2 лет) промежуток времени после кесарева сечения, значительные склеротические и рубцовые изменения в миометрии, воспалительный инфильтрат в стенке матки в области рубца (то есть течение послеоперационного периода), прорастание трофобласта в области рубца. Это все позволяет врачу женской консультации правильно ориентироваться в ведении этого контингента беременных. Следует помнить, что неполноценный рубец на матке — это в перспективе разрыв матки (бессимптомный или малосимптомный). Такая клинически незаметная картина разрыва матки по рубцу дала основание А. Б. Гиллерсону и соавт. (1958) назвать этот специфический синдром при разрыве матки «болезнью оперированной матки».

По данным литературы, разрыв матки по рубцу встречается в 0,2—11,2% случаев (в зависимости от вида кесарева сечения). Следует отметить, что частота разрывов матки после корпоральных видов составляет 84,7%, в нижне-маточном сегменте — 14,4% (Слепых А. С., 1986).

Очень серьезно надо относиться к болевому синдрому во время беременности. Боли внизу живота, в пояснице, по всему животу, в области рубца на брюшной стенке, неясной локализации, при физической нагрузке, даже незначительные, тем более не снимающиеся спазмолитиками, болеутоляющими средствами, должны трактоваться как угроза разрыва матки по рубцу, а не угроза невынашивания.

При доношенной беременности у женщин с рубцом на матке затянувшийся прелиминарный период должен также расцениваться как угроза разрыва матки. Следует отметить, что тщательная пальпация рубца дает

Оценка факторов риска развития послеоперационных гнойно-септических заболеваний (Сулейманова Т. Р., 1986)

Факторы риска	Баллы
<i>Акушерско-гинекологический анамнез</i>	
Паритет	—1
0	2
4 и более	4
Аборты (2 и более)	1
Преждевременные роды	1
Оперативные вмешательства (акушерские щипцы, вакуум экстракция, кесарево сечение и др.)	3
Гнойно-септические осложнения после предшествующих родов	2
Воспалительные заболевания гениталий (кольпит, эрозия, эндоцервицит и др.)	
<i>Экстрагенитальные заболевания</i>	
Вирусные инфекции (грипп, острые респираторные заболевания)	—1
Заболевания:	2
органов дыхания (бронхит, пневмония и др.)	3
сердечно-сосудистые:	2
гипертоническая болезнь	3
пороки сердца ревматической этиологии	2
мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит и др.)	3
желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит и др.)	2
органов кроветворения (хроническая железодефицитная анемия)	4
<i>Осложнения данной беременности</i>	
Ранний токсикоз (рвота беременных)	—2
Анемия беременных	3
Угрожающий выкидыш	3
Поздний токсикоз (водянка, нефропатия, эклампсия)	3
Кровотечения во второй половине беременности (отслойка, предлежание)	1
<i>Акушерская ситуация перед операцией</i>	
Длительность безводного промежутка более 6 ч	3
Длительность родов 12 ч и более	3
<i>Характер показаний к операции и ее течение</i>	
Операция произведена по экстренным показаниям	2

возможность правильно оценить клиническую картину. Болезненность, дефект ткани на небольшом или значительном протяжении рубца, «симптом ниши» (Коган А. А., 1957) свидетельствуют о разрыве матки. И все это, безусловно, требует ультразвукового исследования рубца, кардиомониторного обследования плода и срочных хирургических вмешательств (повторная операция кесарева сечение).

Для решения вопроса исхода беременности врач женской консультации должен оценить возможности влагалищного родоразрешения индивидуально. Показания для повторного кесарева сечения можно разделить на три группы (Слепых А. С., 1986):

— I — акушерские показания, которые явились причиной предыдущего кесарева сечения и не могут быть устранены при следующих родах (узкий таз II—III степени), опухоли таза, рубцовые сужения шейки матки, влагалища, мочеполовые и кишечно-половые свищи, варикозное расширение вен шейки матки и влагалища, разрыв шейки матки III степени;

— II — осложнения беременности, по которым показано абдоминальное родоразрешение независимо от бывшего кесарева сечения — предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, рак шейки матки, шейная фибромиома, опухоли матки, неправильные положения и косые положения плода, неправильные вставления головки;

— III — неполноценный рубец. Оценка состояния рубца производится на основании анамнестических, клинических признаков, данных ультразвукового исследования.

После оценки всех этих показаний врач женской консультации к концу беременности (32—34 нед), вероятно, может прогнозировать возможность влагалищного или абдоминального родоразрешения. Безусловно, беременная должна быть осведомлена об исходе беременности.

Наряду с общепринятыми методами обследования необходимо проводить ультразвуковое исследование в динамике (в I—II триместре 1 раз, в III — 3 раза в 30—34—36—37 нед), кардиомониторное исследование в динамике с 24 нед беременности. Беременная должна посещать женскую консультацию в I половине 1 раз в 2 нед, во II — 1 раз в неделю.

В срок до 12 нед беременную госпитализируют для

Факторы риска	Баллы
Осложненное течение операции (гипотония, гипофибриногенемия)	4
Некоторые параметры иммунного статуса макроорганизма	
Абсолютное количество Т-лимфоцитов 778,8 в 1 мкл крови и меньше Показатели спонтанной миграционной активности лейкоцитов периферической крови меньше 85%	2
Характер микроорганизмов	
Выявлена условно-патогенная или патогенная микрофлора	3

Прогноз: Возможно развитие заболевания — 16—20 баллов, осложненное течение послеоперационного периода — 20—40, высокая степень вероятности генерализованной инфекции — 30—40.

оценки состояния рубца, в 24—26, 30—34 нед — для исключения гипоксии, гестоза и т. д., на роды — за 2—3 нед, а при неполноценном рубце — в 35—36 нед.

При неполноценном рубце, а также наличии факторов, увеличивающих вероятность разрыва матки (предлежание плаценты на рубце), плановая операция кесарева сечения выполняется за 10—12 дней до предполагаемого срока родов. При хорошем состоянии рубца по другим показаниям к абдоминальному родоразрешению (узкий таз, крупный плод и т. д.) операция производится за несколько дней или в срок родов.

Послеоперационный период часто осложняется гнойно-септическими заболеваниями. Т. Р. Сулеймановой (1936) разработана таблица балльной оценки факторов риска развития гнойно-септических осложнений (табл. 8), а также лечебно-профилактические мероприятия.

В условиях женской консультации пациенткам с риском оперативного вмешательства, имеющим 11 баллов и выше по шкале оценки факторов риска, следует проводить лечебно-профилактические мероприятия: углубленное амбулаторное обследование, санацию возможных

источников инфекции, общее ультрафиолетовое облучение (в течение 60 с, на курс—12—15 сеансов), витаминотерапию, коррекцию углеводно-фосфорного обмена, профилактику гипоксии. При отсутствии положительной динамики клинико-лабораторных показателей в течение 6—10 дней наблюдения необходима госпитализация в стационар, где после углубленного изучения анамнеза и результатов клинико-лабораторных исследований будут проведены санация возможных очагов инфекции, общеукрепляющая и, витаминотерапия, ультрафиолетовое облучение, при необходимости назначены антибиотики, иммуностимуляторы и осуществлена подготовка к оперативному родоразрешению (Сулейманова Т. Р., 1986).

После выписки из стационара женщины с рубцом на матке должны находиться под диспансерным наблюдением с осуществлением через полгода рентгеногистрографии и контрацепции. Многорожавшим, страдающим экстрагенитальными заболеваниями, рекомендуется проведение диспансерного наблюдения совместно со специалистами различного профиля для своевременного оздоровления вне беременности и планирования последующей беременности. Из методов контрацепции можно применять любые способы с учетом их противопоказаний (внутриматочная спираль вставляется через 6—12 мес).

ПРОФИЛАКТИКА МНГОВОДИЯ

Многоводие — это серьезное осложнение беременности и родов. Частота этой патологии составляет 0,2—6% от общего числа родов и чаще встречается у повторнородящих. Количество околоплодных вод к концу беременности неодинаково и колеблется от 0,5 до 1,5 л. Если оно превышает 1,5—2 л, то говорят о многоводии.

Многоводие следует рассматривать не как нозологическую форму, а как симптом проявления основного заболевания. К многоводию часто приводят сахарный диабет, поздний токсикоз, вирусная и бактериальная инфекция, воспалительные заболевания гениталий, отечная форма гемолитической болезни, уродство плода.

Острое многоводие, когда накопление вод происходит очень быстро и достигает большой степени (до 10—12 л), вызывает серьезные нарушения в состоянии здоровья беременной (боли, одышка, нарушение сердечно-

сосудистой деятельности). При хроническом многоводии количество жидкости нарастает медленно, хотя организм беременной и адаптируется к этому состоянию, но возникает ряд серьезных осложнений гестационного периода. Оно чаще диагностируется к 5—6 мес, в ранние сроки — крайне редко.

При многоводии часто возникают следующие осложнения: угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода, врожденные уродства плода, кровотечение (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

В родах могут наблюдаться такие осложнения, как несвоевременное излитие околоплодных вод (раннее, родовое), выпадение мелких частей плода (пуповины, ручки, ножек и др.), эмболия околоплодными водами, слабость родовой деятельности, внутриутробная асфиксия плода, кровотечение (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотоническое, атоническое кровотечение), послеродовые инфекционные осложнения.

Развитие многоводия представляет грозную опасность для матери и плода, что требует прогнозирования и своевременной диагностики этого состояния для проведения соответствующих мероприятий. Для этих целей можно использовать таблицу факторов риска при многоводии (табл. 9), разработанную М. Х. Каттаходжаевой (1983).

Противопоказания к пролонгированию беременности обусловлены основным заболеванием, приводящим к этому осложнению, а также острое многоводие, которое способствует нарастанию сердечно-сосудистой недостаточности.

Одним из главных условий профилактики и лечения многоводия является своевременная и эффективная терапия основного заболевания, на фоне которого развилось это осложнение. В группе риска развития многоводия во II (20 нед) и III триместре беременности (30 нед) следует проводить профилактическое лечение, направленное на улучшение маточно-плацентарного кровообращения, укрепления сосудистой стенки, при необходимости антибактериальную и дегидратационную терапию.

Беременная должна посещать женскую консультацию соответственно общим принципам основного заболевания. Следует строго следить за прибавкой массы

Таблица 9

Оценка факторов риска многоводия (Каттаходжаева М. Х., 1983).

Факторы риска	Баллы
I. Социально-биологические	
Возраст матери, лет	
18—19	1
20—24	1
25—29	1
30—34	3
35—39	3,5
40—44	3,5
Род занятия:	
служащая	1
рабочая	3
колхозница	2
домашняя хозяйка	3
II. Акушерско-гинекологический анамнез	
Паритет	
0	1
4 и более	3,5
Аборты	
1	1
2 и более	3
Мертворождение	3
Многоводие	4,5
Преждевременные роды	3,5
Уродства плода	4
Оперативные вмешательства (кесарево сечение и др.)	3
Воспалительные заболевания гениталий (кольпит, эрозия, аднексит и др.)	3
III. Экстрагенитальные заболевания	
Вирусные инфекции (грипп, острые респираторные заболевания)	3
Сердечно-сосудистые заболевания:	
гипертоническая болезнь	2
ревмокардит без порока сердца	1
ревмокардит с пороком сердца	3
Заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит)	3
Заболевания уха, горла, носа и легких (ангина, бронхит, пневмония и др.)	3
Сахарный диабет	
скрытый	3
декомпенсированный	3
компенсированный	1
Заболевания кроветворных органов (анемия)	3
Хроническая специфическая инфекция (туберкулез, бруцеллез)	3

Продолжение табл. 9

Факторы риска	Баллы
<i>IV. Осложнения данной беременности</i>	
Выраженный ранний токсикоз	3
Угрожающий выкидыш	3
Поздний токсикоз, водянка	3
Нефропатия I—II—III степени	2
Гемолитическая болезнь плода	
отечная форма	3
желтушная форма	1
Многоплодие	3
<i>V. Состояние плода</i>	
Гипотрофия	3
Гипоксия	3
Поперечное положение	4
Тазовое предлежание	3
Уродства плода	4

Степень риска:

низкая — 12—24 балла,
 средняя — 24—36,
 высокая — 36—48.

тела, окружностью живота. Для своевременной диагностики и выявления врожденных уродств необходимо проводить ультразвуковое исследование в I и II половине беременности. При отсутствии указаний на инфекцию мочевыводящих путей и половых органов два раза осуществляется бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и мочи.

При установлении диагноза многоводия врач женской консультации должен госпитализировать беременную в стационар.

После всестороннего обследования и установления причины многоводия проводится лечение. При выявлении врожденных уродств прерывают беременность. В остальных случаях осуществляется дегидратационная, антибактериальная (обязательно с учетом флоры к антибиотикам) терапия, а также лечение, направленное на улучшение маточно-плацентарного кровообращения (см. с. 52) и укрепления сосудистой стенки (см. с. 62).

По данным М. Х. Каттаходжаевой и соавт. (1983), хороший эффект дает применяемая при многоводии лидаза, которая является фармакологическим заменителем гиалуронидазы и способствует улучшению проницаемости тканей. При отсутствии противопоказаний препарат вводят подкожно по 64 ед. в 1 мл 0,5% раствора новокаина в течение 12—15 дней.

После выписки из стационара беременной следует еженедельно посещать женскую консультацию. Для проведения повторного курса антибактериальной терапии и подготовки к родам госпитализируют в 38 нед.

СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

Рождение детей с низкой массой тела — одна из актуальных проблем в акушерстве. Это контингент детей с высокой заболеваемостью и смертностью. Перинатальная заболеваемость и смертность в 5—8 раз выше среди детей, перенесших внутриутробную задержку роста.

Синдром задержки развития плода — клиническое проявление плацентарной недостаточности. Фето-плацентарная недостаточность может быть симптомом многих осложнений гестационного периода (гестоз, анемия, сердечно-сосудистая патология и др.).

Причины, приводящие к фето-плацентарной недостаточности, следующие:

— предплацентарные: социально-биологические факторы, хронические интоксикации (вредные привычки, профессиональные вредности), возраст, паритет;

— плацентарные: экстрагенитальные заболевания (сердечно-сосудистые, заболевания почек, сахарный диабет, анемия), гестоз, резус-иммунизация, миома матки, перенесенная беременность;

— постплацентарные: врожденные уродства, внутриутробные заболевания и инфекция, многоплодная беременность.

Наряду с общепринятым обследованием беременных проводят ультразвуковое исследование в динамике (контроль за бипариетальным размером, диаметром груди, живота, размером бедра, табл. 10); определение в крови плацентарного лактогена, эстриола в крови и моче; кардиомониторное исследование в динамике беременности.

Врач женской консультации должен помнить о мно-

Таблица 10

Соответствие ультразвуковой биометрии плода, высоты стояния дна матки, массы тела плода гестационному сроку при физиологически протекающей беременности
(Каримов А. Х., 1990)

Срок беременности, нед	Высота стояния дна матки, см	Масса тела плода, г	Бипариетальный размер головки, мм	Средний диаметр грудной клетки, мм	Средний диаметр живота, мм	Длина бедренной кости, мм
20			43—50	42—51	43—51	28—29
21			46—54	46—55	47—55	31—32
22	21—22		49—57	48—58	50—59	34
23			52—60	52—61	54—62	36—37
24	22—24		55—63	55—65	57—65	39
25		500—570	58—66	58—68	60—68	42
26	26	730—800	62—69	61—72	63—72	44
27			63—72	64—74	66—76	46—47
28	25—28	1000—1200	66—75	67—78	68—79	49—50
29			69—77	69—82	71—83	52
30	30	1700	71—80	72—84	73—87	54—55
31			73—83	74—87	75—90	57
32	32	2100—2200	75—85	76—90	78—93	60
33			77—88	78—93	80—97	62
34			79—90	80—96	82—101	64—65
35			81—92	82—98	84—105	67—68
36	36	2700—2800	83—94	84—102	96—108	70
37			85—96	86—105	87—112	72—73
38			86—98	88—108	88—115	75
39			88—100	89—111	90—119	78
40	32—34	3400—3600	89—102	90—115	91—122	80

тообразии причин, приводящих к фето-плацентарной недостаточности, а в конечном итоге к синдрому задержки развития плода. В связи с этим необходимо выделять беременных в группу риска возникновения гипотрофии плода. Нами (Пахомова Ж. Е., 1989) разработана прогностическая таблица факторов риска гипотрофии плода у беременных, страдающих железодефицитной анемией (табл. 11), и комплекс лечебных мероприятий. Беременным, относящимся к группе низкого риска, проводят лечение в амбулаторных условиях препаратами железа, витаминами, назначают диету, богатую белками. При средней степени риска наряду с лечением анемии следует применять препараты, улучшающие маточно-плацентарное кровообращение (эуфиллин, теоникол, трентал и др.). При высокой степени риска лечение осуществляется в стационарных условиях и к ука-

Таблица 11

Оценка факторов риска задержки развития плода у беременных, страдающих железодефицитной анемией

Факторы риска	Баллы
I. Возраст: 16—32, более 33 лет	0,5
II. Акушерско-гинекологический анамнез	
Роды:	
1—3	0,5
4 и более	1
Интервал между родами:	
1 год	1,5
2 года	1
более 2 лет	0,5
Аборты:	
самопроизвольные	1
артифициальные	1
Преждевременные роды	0,5
Анемия во время беременности	0,5
Гестозы	2
Кровотечение во II половине беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)	6
Мертворождение	2
III. Экстрагенитальная патология	
Хронический тонзиллит	1,5
Корь, грипп, острые респираторные заболевания	1
Вирусный гепатит	1
Заболевания почек	2
Сердечно-сосудистые заболевания	2
Ожирение	1,5
IV. Осложнения настоящей беременности	
Рвота беременных	1
Угроза прерывания	0,5
Артериальная гипотензия	1
Анемия, степень:	
I	0,5
II	1,5
III	2
Нефропатия, степень:	
I	1
II	2
III	3
Сочетание анемии с нефропатией	4
V. Длительность течения:	
анемия с:	
начала беременности	4
32 нед	0,5

Продолжение табл. 11

Факторы риска	Баллы
нефропатия с: 24 нед 32 нед	4 1,5
VI. Лечение во время беременности: проводилось не проводилось	0,5 4
Степень риска: низкая — до 7 баллов, средняя — 20, высокая — 20—33.	

занным средствам добавляют инфузии белковых препаратов (альбумин, аминон) и анаболические стероиды (ретаболил, нероболил). Назначаются три курса терапии по 10—15 дней с интервалами 1—2 нед.

Профилактическое лечение проводится в 22—24, 32—34, 36—37 нед беременности.

Лечение должно быть направлено на улучшение маточно-плацентарного кровообращения, газообмена и трофики плаценты. Можно использовать следующие препараты: глюкозу (40%, 25% раствор по 20 мл внутривенно) с витамином С (5% раствор по 5 мл внутривенно) — 10 инъекций; кокарбоксилазу по 50 мг внутривенно (10 инъекций), эуфиллин (по 0,15 г 3 раза в сутки в течение 10 дней), но-шпу, папаверин, калий оротат (по 0,5 г 3 раза в сутки), рибоксин (по 0,2 г 3 раза в сутки), метионин (по 1 г 3 раза в сутки), АТФ (по 1 мл внутримышечно), компламин или трентал (по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 20 дней), витамин Е (10% раствор по 1 мл внутримышечно — 10 инъекций), оксигенотерапию.

Профилактическое лечение можно проводить в амбулаторных условиях и дневном стационаре. При синдроме задержки роста плода лечение осуществляется в стационаре, в котором можно полноценно обследовать внутриутробное состояние плода и расширить терапию.

ПРОФИЛАКТИКА СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

К одному из серьезных осложнений родов, приводящих к кровотечению, клинически узкому тазу, перинатальной смертности, повышенной частоте хирургических вмешательств, относится слабость родовой деятельности.

Патогенетическая основа слабости родовой деятельности — функционально-энергетическая неполноценность миометрия, развивающаяся в силу нарушения гормонального баланса, электролитного и энергетического запаса организма. Среди причин, способствующих возникновению слабости родовой деятельности, могут быть:

— акушерские: частые и большое количество родов; узкий таз (анатомический или клинический), крупный плод, многоводие, многоплодие, неправильные положения плода, тазовые предлежания, возраст первородящих, рубец на матке, миома матки, гестоз, резус-иммунизация, перенашивание;

— гинекологические: большое число аборт в анамнезе, воспаление матки (метрит, эндометрит и др.), нарушение менструального цикла, аномалии развития матки, инфантилизм, хроническое воспаление придатков матки;

— экстрагенитальные заболевания: железодефицитная анемия, сахарный диабет, ожирение, бронхиальная астма, заболевания почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), сердечно-сосудистые заболевания (пороки сердца, гипертоническая болезнь).

Определенное значение в профилактике слабости родовой деятельности имеют правильно разработанные лечебно-профилактические мероприятия в женской консультации. В связи с тем, что готовить женский организм и своевременно корригировать начальные стадии каких-либо нарушений гораздо легче, чем это делать в родах, когда ситуация порой может быть трагичной, правильное ведение беременной, адекватная оценка ее состояния и своевременная коррекция в подготовительный период дают положительные результаты. Во врачебной практике можно использовать разработанную Х. Чоудхури (1989) схему ведения беременных с риском развития слабости родовой деятельности (табл. 12).

При наличии экстрагенитальной патологии в разработке и проведении лечебно-профилактических мероприятий участвует и другой специалист (терапевт, эндокринолог, кардиолог и др.).

Формализованный лист врача женской консультации по выявлению группы беременных повышенного риска и прогнозированию у них слабости родовой деятельности (Чоудхури Х., 1989)

Информационные признаки	Клиническая характеристика признака	Вероятность развития слабости родовой деятельности	Тактика ведения беременности
Анамнез	Осложнен	Вероятно	Плановое проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. Профилактика гипоксии плода. Витаминотерапия и т. д. Плановое проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. С 39 нед витаминно-гормонально-глюкозо-кальцевый фон Госпитализация женщины с интервалом 1—2 года между очередными беременностями на 38—39-й неделе. Проведение контрольных клинико-лабораторных исследований. Профилактика гипоксии плода. Назначение энергетических средств; витаминно-гормонально-глюкозо-кальцевый фон, галаскорбин, электроаналгезия Патогенетическая терапия (госпитализация за 1—2 нед до начала критических сроков декомпенсации), галаскорбин, электроаналгезия, витаминно-гормонально-глюкозо-кальцевый фон Госпитализация. Патогенетическое лечение. Электроаналгезия, антигипоксанта, профи-
Возраст	Первородищая старше 27 лет	Мало вероятно	
Паритет	6 и более	Вероятно	
Экстрагенитальные заболевания	Стадия компенсации	Вероятно	
Токсикозы II половины беременности	Отсутствие эффекта от интенсивной терапии в течение 3—7 дней	«	

Продолжение табл. 12

Информационные признаки	Клиническая характеристика признака	Вероятность развития слабости родовой деятельности	Тактика ведения беременности
Психоэмоциональное напряжение и повышенная утомляемость	Есть	Наиболее вероятно	лактика гипоксии плода, галаскорбин. Показано срочное родоразрешение Общеукрепляющая терапия. Галаскорбин. Контроль и коррекция клинико-лабораторных показателей. Электроаналгезия Госпитализация. Терапия, направленная на улучшение маточно-плацентарного кровообращения. Лечение гипоксии плода, антигипоксанта, глюкозо-витаминотерапия. Оценка клинического статуса материнского организма и плода лабораторным и контрольно-диагностическим тестами Госпитализация. Терапия, направленная на снижение возбудимости. Профилактика гипоксии плода. Антигипоксанта. Глюкозо-витаминная терапия и др. Электроаналгезия. Контроль и коррекция клинико-лабораторных показателей Седативные средства, спазмолитики. Лечебная электроаналгезия. Назначение энергетических средств витаминно-гормонально-глюкозо-кальцевый фон, галаскорбин. Профилактика гипоксии плода, антигипоксанта Госпитализация. Назначение энергетических средств, создание витаминно-гормональ-
Состояние внутриутробного плода	Страдает	То же	
Угроза преждевременных родов	Есть	Вероятно	
Патологический пре-лиминарный период	Есть	Наиболее вероятно	
Снижение электрофизиологических и био-	«	То же	

Информационные признаки	Клиническая характеристика признака	Вероятность развития сла- бости родовой деятельности	Тактика ведения беременности
химических параметров готовности			но-глюкозо-кальциевого фона. Галаскорбин, электроаналгезия. Общеукрепляющая терапия
Крупный плод. Маловодие	Есть	Вероятно	Госпитализация. Назначение энергетических средств. Галаскорбин. Профилактика гипоксин плода, витаминотерапия. Возможно досрочное родоразрешение
Переношенная беременность	«	«	Госпитализация. Создание витаминно-гормонально-глюкозо-кальциевого фона, назначение энергетических средств. Электроаналгезия, антигипоксанты
При сочетании нескольких перечисленных признаков вероятности развития сла- бости родовой деятельности возрастает			При отсутствии эффекта от терапии и со- ответствующей подготовки к родам на 38—39-й неделе беременности возможны управляемое индуцирование родовой деятельности протагландином в сочетании с окситоцином или протагландином, электроаналгезия с последующей амниотомией

Своевременное и полноценное лечение различных нарушений течения беременности является профилактикой слабости родовой деятельности. Следует отметить, что успешно можно проводить профилактические мероприятия и в условиях дневного стационара.

Врачу женской консультации необходимо объяснить беременной важность полноценного и правильного питания, режима дня, обязательных занятий лечебной физкультурой на всем протяжении беременности, необходимость приема витаминов (особенно в зимне-весеннее время) в 30—32, 36—37 нед по 8—10 дней (аскорбиновая кислота — по 0,1 г 3 раза в день, гендевит по 1 драже 3 раза в день, аскорутин или рутин по 1 таблетке 3 раза в день).

В 32—34 нед госпитализируют с профилактической целью и в 38 нед — на роды. Назначают витамины группы В, С, АТФ, кокарбоксилазу, глюкозу, препараты кальция, аевит, витамин Е, препараты, улучшающие маточно-плацентарное кровообращение.

В подготовительный период используются различные способы подготовки организма к родам (эстрогены, спазмолитики, лидаза и др.).

Послеродовой период очень часто осложняется замедленным сокращением матки по следующим причинам: гипо- и атонические кровотечения, субинволюция матки, гематометра, септические послеродовые заболевания. В связи с этим необходимо применять неполный метод Штейна, динамическое ультразвуковое наблюдение, антибиотикотерапию (особенно в случае длительного безводного периода — амнионита, хориоамнионита и др.).

Врач женской консультации обязан объяснить женщинам необходимость соблюдения интервала между беременностями (не менее 3—4 лет), абортами (1—2 года), не менее года после перенесенного острого или обострения хронического процесса в половых органах. Методы контрацепции можно использовать в зависимости от противопоказаний.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Несмотря на большие достижения в медицине, акушерские кровотечения продолжают занимать первое место среди причин материнской смертности. По дан-

ным литературы, их частота колеблется от 8,6 до 20,8% (Бакшеев Н. С., 1975; Аллаяров Я. Н. и др., 1982; Nigahara et al., 1981). При этом выявляется прямая зависимость частоты кровотечений от количества родов. Безусловно, в регионах с высокой рождаемостью данная проблема по-прежнему остается актуальной. Следует отметить, что в 1,56% случаев кровотечения связаны с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (Мордухович А. С., 1976), в 9,1—17,1% они наблюдаются в последовом и раннем послеродовом периодах (Кадырова А. А., Джаббарова Ю. К., 1983).

Основными причинами акушерских кровотечений являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, нарушение отделения и выделения последа, гипо- и атония матки, травма матки и тканей мягких родовых путей. Акушерские кровотечения приводят к геморрагическому шоку, коагулопатическому кровотечению, острой почечной недостаточности.

Задача врача женской консультации — выделить беременных с риском развития акушерских кровотечений и проводить диспансерное наблюдение за ними на протяжении всего периода гестации.

В группу риска развития акушерских кровотечений следует относить следующих беременных:

- часто- и многорожавших;
- перенесших гестоз, слабость родовой деятельности, кесарево сечение, кровотечения при предыдущих беременностях и родах;
- страдающих железодефицитной анемией;
- имеющих гестоз (особенно длительно протекающий);
- первородящих старшего возраста;
- с перерастяжением миометрия во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие);
- дистрофические изменения в миометрии (рубцы на матке), частые искусственные и самопроизвольные аборты;
- перенесенные воспалительные заболевания матки (метрит, хориоамнионит);
- опухоли матки (миомы);
- мертвый плод и нарушения функции нервно-мышечного аппарата миометрия в связи с поступлением в его сосудистую систему тромбопластических субстан-

ций, элементов околоплодных вод, продуктов аутолиза погибшего плода и т. д.;

— больные с экстрагенитальными заболеваниями: варикозное расширение вен нижних конечностей, органическое заболевание сердца (эндо-, миокардиты, пороки сердца, коронаросклероз, миокардиодистрофия), анемия II и III степени тяжести, гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, ожирение II, III степени, заболевания почек (гломеруло- и пиелонефриты), сахарный диабет;

— перенесшие гинекологические заболевания: нарушение менструальной функции, инфантилизм, бесплодие, хронические воспалительные заболевания матки и придатков.

Врач женской консультации для выделения групп риска беременных и разработки профилактических мероприятий по борьбе с кровотечениями должен использовать балльную оценку факторов риска акушерских кровотечений (табл. 13), разработанную Р. Х. Ходжаевой (1984). Для прогнозирования преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты можно использовать табл. 14, разработанную С. Хваджа (1989).

Беременные с риском развития акушерских кровотечений должны находиться под диспансерным наблюдением акушера-гинеколога и терапевта, а при наличии экстрагенитальной патологии — и других специалистов (кардиолог, нефролог, гематолог, уролог, эндокринолог).

В I триместре беременная посещает женскую консультацию 1 раз в месяц, в III — еженедельно. Наряду с общепринятым обследованием производят общий анализ крови с развернутой формулой (тромбоциты), определяют гематокрит, группу крови и резус-фактор крови, коагулограмму, время свертывания крови. При малейшем отклонении от нормального течения беременности женщину госпитализируют в стационар.

При наличии экстрагенитальной патологии (анемия, гестоз) в основе профилактики кровотечений лежит этиопатогенетическое лечение этих состояний и проводится оно в условиях акушерско-гинекологического стационара с привлечением других специалистов.

Беременным с риском развития акушерских кровотечений необходимы правильный режим дня (достаточный сон 8—10 ч с дневным сном не менее 2 ч), прогулки на свежем воздухе, полноценная, богатая витаминами,

Таблица 13

Оценка факторов риска развития кровотечения
(Ходжаева Р. Х., 1984)

Факторы риска	Баллы
Паритет	
1 роды	1
2—4 »	1
5—7 »	3
8—10 и более	5
II. Акушерский анамнез	
Частые искусственные аборты (более 6)	9
Привычное невынашивание беременности (более 4)	7
Поздний токсикоз	8
Слабость родовой деятельности	5
Рубец на матке после кесарева сечения	3
Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах	9
Частичная преждевременная отслойка плаценты	10
Полная преждевременная отслойка плаценты	25
III. Экстрагенитальные заболевания	
Сердечно-сосудистые	3
Хронический гепатит	7
Хронический пиелонефрит	7
Анемия, степень:	
I	2
II	4
III	10
IV. Осложнения данной беременности	
Нефропатия, степень:	
I	2
II	7
III	10
Возраст старше 35 лет	7
Крупный плод	7
Периодически кровянистые выделения	10

Прогноз: 5 баллов — частота кровотечений 4,8%,
10 баллов — 9%, 15 баллов — 10%, 20 баллов — 17,5%,
25 баллов — 22%, 30 баллов — 45%, 35 баллов — 75%.

Таблица 14

Прогностическая таблица для комплексной оценки риска развития
преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
(Хваджа С., 1989)

Факторы риска	Баллы
I. Соматический анамнез	
Детские инфекции	1
Хронические заболевания ЛОР-органов	2,5
Заболевания:	
почек	2,5
желудочно-кишечного тракта и печени	1
сердечно-сосудистой системы	4,5
Ожирение	1
Анемия	1,5
Грипп, острые респираторные заболевания	1,5
Паритет:	
4—6 родов	3
7—10 »	5,5
II. Акушерский анамнез	
Нефропатия	2
Самопроизвольные аборты	2,5
Преждевременные роды	4
Слабость родовой деятельности	12
Акушерские кровотечения	5
Преждевременная отслойка плаценты	5
Кесарево сечение	5
Мертворождение	2
III. Последняя беременность	
Искусственный аборт	2
Преждевременные роды	15,5
Самопроизвольный аборт	3
Преждевременная отслойка плаценты	5,5
Кесарево сечение	5
Мертворождение	3,5
Кровотечение в родах	4
IV. Осложнение данной беременности	
Ранний токсикоз	2,5
Нефропатия, степень:	
I	2
II—III	9
Анемия, степень:	
I—II	2
III	9

Факторы риска	Баллы
Сочетание анемии с поздним токсикозом	5,5
Угроза прерывания беременности	1,5
Периодические кровянистые выделения во время беременности	15,5
Многоводие	5,5

Степень риска:

низкая — 8—15 баллов,
средняя — 16—22,
высокая — 23 и более.

белками пищи. Обязательна на протяжении беременности лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц тазового дна и брюшного пресса, улучшение кровоснабжения, повышение устойчивости сосудистой стенки (Федорова Г. С., 1976).

Для выяснения экстрагенитальной патологии, а также для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности женщину госпитализируют в стационар в срок до 12 нед для профилактики гестоза, улучшения маточно-плацентарного кровообращения, лечения анемии — в 22—24, 30—32 нед, на роды — в 38—39 нед.

Для укрепления сосудистой стенки в комплекс профилактического лечения необходимо включать следующие препараты: аскорутин (по 1 таблетке 3 раза в день), рутин (по 0,02 г 3 раза в день), аскорбиновую кислоту (по 0,3 г 3 раза в день), витамин Е (по 1 капсуле 3 раза в день), глюконат кальция (по 0,5 г 3 раза в день в течение 7—10 дней). Во II половине беременности проводят 3 курса. За 4—5 дней до родов назначают викасол (по 0,015 г 3 раза в день). Эти мероприятия можно с успехом применять в условиях дневного стационара.

В начале I периода родов вводят этамзилат натрия (12,5% раствор по 2—4 мл внутривенно), викасол (по 2—3 мл внутримышечно), хлористый кальций (10% раствор по 10 мл внутривенно); в момент прорезывания головки внутримышечно или в начале III периода родов внутривенно метилэргометрин по 1 мл и через 30 мин для пролонгирования его действия утеротонические средства по 1 мл (окситоцин, гифотоцин, питуитрин и др.) внутримышечно.

В послеродовом периоде проводят общий анализ крови, определяют гематокрит, время свертывания, коагулограмму.

У рожениц с риском развития акушерских кровотечений часто осуществляют хирургические вмешательства, поэтому в период дородовой госпитализации необходимо полное клинико-лабораторное обследование, осмотр анестезиолога, терапевта. Роды должны проводиться в присутствии высококвалифицированных специалистов для оказания реанимационно-гематологической помощи, при наличии подготовленной операционной.

Послеродовой период часто осложняется поздними типо- и атоническими кровотечениями, гнойно-септическими заболеваниями, анемией. В связи с этим необходимо в течение 5—6 дней назначать утеротонические средства, препараты железа, антибиотики, викасол, этамзилат натрия, аскорбиновую кислоту. Методы контрацепции любые с учетом противопоказаний.

МИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Одна из часто встречающих доброкачественных опухолей матки — миома. По данным литературы, сочетание миомы матки и беременности наблюдается у 0,5—3,9% женщин (Нуржанов Х. Н., 1976; Раимова Н. И., 1977; Сидорова И. С., 1981; Botteher H. D., Beller G. K., 1977).

Гестационный период сопровождается такими осложнениями, как невынашивание беременности (в ранние сроки — угроза прерывания, неразвивающаяся беременность, в поздние — преждевременные роды), внутриутробная гипотрофия плода, антенатальная гибель, гестоз, кровотечение (преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты), нарушение питания миоматозного узла (перекрут ножки, отек узла и др.).

В родах отмечают аномалия родовой деятельности, внутриутробная асфиксия плода, кровотечение (гипотония, атония, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

В послеродовом периоде часто возникают послеродовые септические заболевания.

Помимо общепринятых, проводят следующие исследования: ультразвуковое сканирование 1 раз в I три-

местре, каждые 2—6 нед — во II и III; определение содержания хорионического гонадотропина в моче и измерение ректальной температуры в I триместре; кардиомониторное наблюдение в 24—26 и с 34—36 нед через 2 нед; определение содержания эстрадиола, плацентарного лактогена во II и III триместре 1 раз ежемесячно, коагулограмму за 2 нед до родов.

Беременные посещают женскую консультацию в I триместре 2 раза в месяц, во II и III — еженедельно.

Для уточнения срока беременности, решения вопроса о ее пролонгировании с учетом формы миомы, места локализации плодного яйца, проведения сохраняющей терапии осуществляется профилактическая госпитализация в 9—12 нед беременности. Под контролем ректальной температуры, содержания хорионического гонадотропина в моче, плацентарного лактогена, эстриола решается вопрос о целесообразности применения гормонального лечения. Затем проводится госпитализация в 24—26, 32—35 нед беременности как в самый неблагоприятный период для плода (поздний самопроизвольный выкидыш, гипотрофия, внутриутробная гибель) и в 37 нед на роды (Сидорова И. С., 1985).

Особое внимание следует уделять наблюдению за состоянием, размерами миоматозных узлов (Сидорова И. С., 1985). В процессе беременности могут изменяться их локализация, консистенция, подвижность, расположение, размеры. Межмышечное расположение узлов сменяется подбрюшинным, они могут принимать центрипетальное направление, размягчаться, иногда терять четкие очертания, перемещаться выше плоскости входа в малый таз по мере развития нижнего сегмента матки. В процессе беременности миоматозные узлы могут увеличиваться, что обусловлено гипертрофией и гиперплазией мышечных элементов, явлениями венозного застоя, отеком их.

Нарушение кровообращения миоматозного узла может произойти не только при механическом воздействии на опухоль (перекрут ножки, сдавление), но и при быстром увеличении отдельных узлов, при повышении сократительной активности миометрия, нарушении гемодинамики матки. Для профилактики такого грозного осложнения, как нарушение питания миоматозного узла, перекрут ножки узла и другие, необходимо применять спазмолитики (но-шпа, папаверина гидрохлорид).

Во II триместре беременности происходит наиболее

интенсивный рост плода, плаценты, в связи с чем ухудшается прогноз для плода. Особенно важное значение имеет взаиморасположение плаценты и межмышечных миоматозных узлов. При расположении плаценты в области крупного миоматозного узла, при наличии выраженного миоматозного изменения матки могут возникнуть нарушения функции фето-плацентарной системы, задержка внутриутробного развития плода, его гипотрофия и гипоксия.

В связи с этим со II триместра следует проводить ультразвуковую цефалометрию с определением среднего диаметра грудной клетки и живота плода. При отставании бипариетального размера головки на 3—4 нед от истинного срока (обычно до 24—26 нед) прогноз наиболее неблагоприятный для плода (поздний самопроизвольный выкидыш, внутриутробная гибель). Отставание бипариетального размера головки на 1—2 нед и развитие этого осложнения в конце II и III триместре беременности является менее грозным осложнением (Сидорова И. С., 1985).

Частые осложнения III триместра — поздние токсикозы, боли в области миоматозного узла, угроза преждевременных родов. Беременные с миомой матки предрасположены к развитию позднего токсикоза в связи с часто встречающимися у них сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями, нарушениями центральной регуляции сосудистого тонуса и регионарной гемодинамики.

Задача врача женской консультации — сохранить физиологическое течение беременности, осуществлять контроль за ростом плода и соответствием его размеров (головки, грудки, живота) сроку беременности. Для этого необходимо проводить плановые профилактические мероприятия.

Согласно данным И. С. Сидоровой (1985), помимо профилактической госпитализации, нужно выполнять следующее:

— лечебно-охранительный режим (уменьшение физической нагрузки, уверенность в благоприятном исходе беременности), ночной сон (8—10 ч), дневной отдых (1—2 ч), пребывание на свежем воздухе (3—6 ч);

— рациональное сбалансированное питание (повышенное количество витаминов, белка, ограничение употребления углеводов, жиров). Прием пищи 5 раз в день. Ограниченный прием хлеба, жидкости (до 2 л), пова-

рénной соли. Прием соков: яблочного, абрикосового, свекольного, шиповника;

— прекращение половой жизни;

— каждый месяц по 4—5 дней прием спазмолитиков (но-шпа, папаверина гидрохлорид и др.) в 6—8, 10—12, 24—26, 32—34 и 36 нед;

— прием витаминов группы В, С, Е, А, метионин по 7—10 дней, начиная со II триместра. В III триместре можно принимать аевит вместо витаминов Е и А (по 1 драже 3 раза в день);

— прием препаратов железа, фолиевой кислоты ежемесячно по 10 дней с 20 нед беременности.

Тактика при нарушении кровоснабжения миоматозных узлов. Клиника этого серьезного состояния заключается в следующем: возникновение болевого синдрома (в покое или при пальпации), увеличение размеров опухоли (отек узла), повышение температуры тела, лейкоцитоз, сдвиг формулы крови, изменение общего состояния женщины, появление симптомов угрожающего прерывания беременности.

Характер и иррадиация болей зависят от локализации опухоли. При расположении узлов на передней стенке матки они носят локальный характер, либо иррадируют в нижние отделы живота. При локализации их на задней стенке матки и недоступности для пальпации возникают боли различного, неясного характера в крестце и пояснице.

Врач женской консультации должен в срочном порядке госпитализировать беременную в стационар. Лечение начинают со спазмолитиков, а с 14-й по 36-ю неделю и токолитиков (партусистен, ритодрин и др.). В терапию также включают антибиотики, дезинтоксикационные и десенсибилизирующие средства. Контроль за лечением проводят с учетом клиники, термометрии (каждые 3—4 ч), общего анализа крови, ультразвукового исследования в динамике. При отсутствии эффекта в течение 2—3 дней необходима операция.

Во время беременности возможно лишь удаление подбрюшинно расположенных узлов. Показанием к удалению беременной матки являются некроз узла, подозрение на злокачественное перерождение миомы матки (экстирпация матки), нарушение кровообращения в интрамуральных миоматозных узлах, ущемление матки в малом тазе, разрыв капсулы узла, быстрый рост миоматозных узлов (ампутация или экстирпация), а также

наличие противопоказаний к сохранению беременности при невозможности произвести искусственный аборт.

Послеродовой период осложняется замедленным сокращением матки (субинволюция), септическими послеродовыми заболеваниями. В этом периоде рационально использовать небольшие дозы утеротонических средств (0,1—0,3 мл) со спазмолитиками — по 2 мл но-шпы внутримышечно в течение 3 дней, с 4—5-го дня только но-шпа по 1—2 таблетки (0,04 г) 2—3 раза в день в течение 5—7 дней, по показаниям в течение 3—4 нед после родов.

При появлении болезненности требуется срочное обследование: термометрия каждые 3 ч и лечение (оперативное).

При гипогалактии назначают лактин, витамины А, В₂, РР и С, седативную терапию, вибрационный массаж, ультразвук.

По данным И. С. Сидоровой (1985), отдаленные результаты показали, что у большинства женщин не отмечается дальнейший рост миомы матки. У части женщин (при небольших операциях) опухоль уменьшается до исходных размеров. Дальнейший ее рост наблюдается у 10—12% нелактующих женщин, что свидетельствует о необходимости функции лактации, способствующей рассасыванию миоматозных узлов матки.

Беременные с миомой матки посещают женскую консультацию через 10—12 дней после выписки из стационара, затем каждые 4—6 нед.

Из методов контрацепции показаны механические, химические, презервативы, гестагены в непрерывном режиме.

Глава II. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Экстрагенитальные заболевания и беременность ввиду возникновения ряда грозных осложнений как для матери, так и для плода во все периоды гестации (беременность, роды, послеродовой период) представляют сложный комплекс проблем как для акушеров-гинекологов, так и для других специалистов. Вопросы тактики ведения, показаний, противопоказаний к пролонгированию беременности при экстрагенитальных заболеваниях решаются на основании заключения специалиста

по данной патологии. Акушером-гинекологом разрабатываются вопросы профилактики и лечения акушерских осложнений, метод прерывания или родоразрешения.

Во время беременности имеются физиологические особенности функционирования различных систем организма (сердечно-сосудистой, мочевыводящей, нейроэндокринной, желудочно-кишечной и др.). Наряду с этим во время беременности для экстрагенитального заболевания характерен ряд особенностей, усугубляющих течение основного заболевания и гестационного периода.

Беременные с экстрагенитальными заболеваниями (ревматические и врожденные пороки сердца, гипертоническая болезнь, артериальная гипотензия, гломерулонефрит, пиелонефрит, геморрагические диатезы, хронические заболевания печени, сахарный диабет, тиреотоксикоз, хроническая недостаточность надпочечников, хроническая пневмония, бронхиальная астма, коллаптозы) должны находиться у терапевта под диспансерным наблюдением. Он для каждой беременной устанавливает график посещений врача, режим дня, отдыха, питания. Схему наблюдений и профилактического лечения дополняет общепринятыми методами ведения беременных.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Частота сердечно-сосудистой патологии (врожденные и приобретенные пороки сердца, поражения миокарда, гипертоническая болезнь, артериальная гипотензия, варикозное расширение вен, тромбозы) у беременных колеблется в пределах 2—3%. Во время беременности к сердечно-сосудистой системе предъявляются повышенные требования в связи с общим увеличением массы тела, высоким стоянием диафрагмы в последние месяцы, увеличением минутного объема сердца, массы циркулирующей крови и развитием маточно-плацентарного круга кровообращения.

Согласно данным Л. С. Персианинова (1973), можно выделить несколько периодов в течении беременности в зависимости от ее влияния на сердечно-сосудистую систему:

— первый — от начала беременности до 16 нед — характеризуется наиболее частым обострением ревмокардита;

— второй — от 26 до 32—34 нед — период наибольших гемодинамических нагрузок на сердце, характери-

зующийся увеличением общего количества циркулирующей крови, снижением показателей гемоглобина и гематокрита, уменьшением вязкости крови, возрастанием систолического и минутного объема сердца, снижением общего периферического сопротивления;

— третий — от 35—36 нед до начала родов — основное значение приобретают механические факторы: увеличение массы тела беременной, затруднение легочного кровообращения из-за высокого стояния дна матки, изменение формы грудной клетки. Возможно возникновение коллаптоидных состояний ввиду сдавления маткой нижней полой вены. Часто возникают гестозы;

— четвертый — от начала родов до рождения плода — отмечается увеличение гемодинамических нагрузок на сердце, проявляющееся повышением артериального и венозного давления, увеличением систолического и минутного объема сердца. К неблагоприятным факторам относятся длительные роды и родовая боль;

— пятый — ранний послеродовой период — возможно возникновение коллаптоидных состояний;

— шестой — поздний послеродовой период — возможно обострение ревмокардита.

Таким образом, отмечается ухудшение компенсации и развивается сердечная недостаточность с 24 до 36 нед, от родов и в первые несколько суток после них. Следует отметить, что декомпенсация может наступить и в другое время, но чаще в эти сроки.

Пороки сердца и заболевания миокарда приводят к ряду тяжелых осложнений. На фоне беременности возникают обострение ревматического процесса, декомпенсация сердечно-сосудистой системы, почечно-печеночная недостаточность, отек легких, тромбоэмболические осложнения, коллаптоидные состояния.

Течение гестационного периода часто осложняется невынашиванием (как в ранние, так и в поздние сроки), поздними токсикозами (тяжелые сочетанные формы, возникающие рано — 22—24 нед беременности), железодефицитной анемией, внутриутробной гипоксией, гипотрофией, а также гибелью плода и новорожденного, кровотечением в родах (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), последовым и ранним послеродовым периодах (гипо- и атония матки), послеродовом периоде — септическими заболеваниями матери и новорожденного.

В связи с этим Л. В. Ваниной и соавт. (1991) были

установлены степени риска при беременности и родах:

— I — беременность при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса;

— II — беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахикардия) и признаками активной фазы ревматизма (AI стадия по Нестерову А. И.);

— III — беременность при декомпенсированном пороке с преобладанием правожелудочковой недостаточности, в активной фазе ревматизма (AII стадия по Нестерову А. И.), с недавно возникшей мерцательной аритмией, легочной гипертензией (II стадия по Рабкину И. Х.);

— IV — беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной сердечной недостаточности, в активной фазе ревматизма (AIII стадия по Нестерову А. И.) с атриомегалией или кардиомегалией, длительно существующей мерцательной аритмией с тромбоэмболическими проявлениями, легочной гипертензией (III стадия по Рабкину И. Х.).

Пролонгирование беременности возможно при I и II степени риска в условиях амбулаторного наблюдения и стационарного лечения в акушерском (лучше специализированном) учреждении в течение всей беременности, а также родов. При II степени риска второй период родов ведется с исключением потужного периода путем наложения акушерских щипцов. При III и IV степенях риска беременность противопоказана.

Противопоказания к пролонгированию беременности следующие: ревматизм в активной фазе и если с момента обострения прошло менее 2 лет; хронический ревматический перикардит; пороки митрального, аортального, трехстворчатого клапанов с недостаточностью кровообращения; сочетанные пороки митрального и аортального клапанов; гипертоническая болезнь II стадии с частыми (ежемесячными) кризами, ИБ, III, злокачественная; ишемическая болезнь сердца; нарушение легочного кровообращения и сердечная недостаточность; перикардиты (острый, подострый, хронический); миокардиты (инфекционно-аллергический), нарушение сердечного ритма (фибрилляция и мерцание предсердий и желудочков); аневризма аорты; эмболия и тромбоз артерий, узелковый периартериит и сходные состояния;

врожденные пороки и другие врожденные аномалии системы кровообращения; состояние после комиссуротомии с возникновением рестеноза, наличие легочной гипертензии, обострение ревматизма после протезирования клапанов сердца.

Беременность противопоказана из-за неблагоприятных исходов и для матери, и для плода при всех пороках сердца с активностью ревматического процесса AII и AIII стадии по А. И. Нестерову, при пороках с преимущественной нагрузкой на левый желудочек (резко выраженная недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз с признаками левожелудочковой или тотальной сердечной недостаточностью), при пороках, сопровождающихся бактериальным эндокардитом, при пороках с преимущественной нагрузкой на правые отделы сердца (митральный стеноз III и IV стадии по Бакулеву А. Н., Дамир Е. А., митрально-трикуспидальный порок, изолированный трикуспидальный порок в стадии декомпенсации).

К абсолютным противопоказаниям относятся комбинированные (многоклапанные) пороки: митрально-аортальный стеноз, сочетанный митральный порок и аортальная недостаточность, сочетанный митральный порок и порок трехстворчатого клапана, митрально-аортально-трикуспидальный стеноз; все пороки с легочной гипертензией II и III степени по И. Х. Рабкину; пороки с тахикардией — частыми приступами пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмией, особенно при обнаружении (с помощью ЭхоКГ) тромба в полости левого предсердия (при митральном стенозе), представляющего исключительную опасность в плане тромбоэмболии; атриомегалия или кардиомегалия.

Врачи женской консультации (терапевт, кардиолог, кардиохирург) должны распознать признаки заболевания сердца и организовать специализированную лечебно-диагностическую помощь. Акушер-гинеколог должен иметь сведения о женщинах с заболеваниями сердца, карты диспансерного наблюдения их, чтобы проводить лечебно-профилактические мероприятия, регулировать наступление беременности, рекомендовать необходимые методы контрацепции. Диспансерное наблюдение позволяет учитывать этот контингент на ранних стадиях беременности (до 12 нед), что имеет значение для решения вопроса о пролонгировании беременности.

При обследовании беременных выполняют следующие мероприятия: термометрию и измерение массы тела при каждом посещении; анализ крови: общий с лейкоцитарной формулой, СОЭ; взятие крови на ревмопробы, спектр белка 1 раз в месяц в I триместре и 1 раз в два месяца во II и III триместре; коагулограмму, определение времени свертывания — 1 раз в I и II триместрах, ежемесячно в III; ЭКГ — 1 раз в I триместре, и ежемесячно во II и III; измерение количества выпитой жидкости, проба Мак-Клюра — Олдрича. Обязательны консультация и заключение терапевта при первой явке, затем осмотр 1 раз в месяц в I триместре, 1 раз в 2—3 нед во II и 1 раз в неделю в III; консультация оториноларинголога, стоматолога, окулиста.

Ведение беременных должно проводиться в специализированных родовспомогательных учреждениях, осуществляющих диагностику и оказывающих высококвалифицированную лечебно-профилактическую помощь беременным и роженицам с заболеваниями сердца.

Каждая беременная с заболеванием сердечно-сосудистой системы при первой явке в женскую консультацию должна быть направлена в специализированный стационар для тщательного кардиологического обследования, включая ревматологическое исследование. Если функциональное состояние системы кровообращения неудовлетворительное, имеется активный ревматический процесс, то после предварительной кардиальной терапии необходимо прервать беременность до 12 нед.

Если у больной имеется стеноз митрального отверстия и она отказывается от прерывания беременности, следует совместно с хирургами решить вопрос о возможности оперативного лечения. При обострении ревматического процесса необходимо провести антиревматическую и кардиальную терапию и при неэффективности лечения прервать беременность до 20 нед. В эти сроки можно предложить и оперативное лечение порока.

Вторая обязательная госпитализация должна проводиться в срок 24—32 нед (в период наибольших гемодинамических нагрузок) в течение 2—3 нед. Беременные с неустойчивой компенсацией кровообращения должны находиться в стационаре весь указанный период. Прерывание беременности в эти сроки нежелательно, так как больные с декомпенсацией в данный период очень плохо переносят хирургические вмешательства.

Оперативное лечение порока в эти сроки нежелательно.

Третью госпитализацию осуществляют в 35—37 нед для проведения кардиальной терапии и лечения плацентарной недостаточности. Госпитализация на роды — в 38 нед. Поскольку после родов часто наступает декомпенсация, то в первые дни послеродового периода необходимо выполнять кардиальную и антиревматическую терапию.

Беременная посещает женскую консультацию 1 раз в 2—3 нед в I триместре, 1 раз в 2 нед во II, 1 раз в неделю в III. Госпитализация на роды за 14 дней до срока родов для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Врач женской консультации проводит профилактическое лечение, направленное на предотвращение поздних токсикозов, гипоксии плода и внутриутробной гипотрофии. Для профилактики обострения ревматического процесса осуществляются профилактика простудных заболеваний, санация полости рта, осмотр оториноларинголога.

Врач должен организовать правильный режим дня, труда, отдыха с исключением психоэмоциональных стрессов и перенапряжения нервной системы. Сон не менее 8—10 ч в сутки с обязательным дневным отдыхом не менее 1—2 ч.

Питание должно быть полноценным в белковом и витаминном плане. Ограничен прием соли, жидкости, особенно во II половине беременности. В амбулаторных условиях можно рекомендовать курсы витаминотерапии (В, С, Е) по 7—10 дней в каждом триместре (особенно в зимне-весенние периоды), во II половине периодический прием мочегонных травянистых средств (березовые почки, мочегонный чай, кукурузные рыльца) 1—2 раза в неделю. Ежемесячно во II половине беременности необходим прием в течение 5—10 дней аскорутин, рутина, глюконата кальция (по 1 таблетке 3 раза в день).

После выписки из стационара рекомендуется строгое наблюдение за женщиной, так как остается опасность обострения ревматического процесса, тромбоэмболических осложнений. Ведение послеродового периода осуществляется совместно с терапевтом. Особое внимание следует уделять профилактике простудных заболеваний. При гипогалактии рекомендуется апилак, отвар шиповника, пивные дрожжи, сок черной смородины.

Из средств контрацепции наиболее удобны внутриматочные спирали (ВМС) и оральные контрацептивы.

Возможность повторной беременности решается совместно с терапевтом, но не ранее чем через 3—4 года и не ранее 2 лет после последней атаки ревматизма.

Гипертоническая болезнь встречается у 10% беременных с экстрагенитальной патологией (Преварский Б. П., Школьник Б. И., 1968) и у 20—25% беременных с симптомами гипертонии (Беккер С. М., 1964).

Согласно классификации А. Л. Мясникова (1965), различают следующие стадии заболевания:

— I: фаза А — наклонность к повышению артериального давления под влиянием различных факторов (эмоции, перенапряжение); фаза Б — имеется транзиторная гипертензия, которая проходит при нормализации режима или лекарственной терапии;

— II: фаза А — лабильная (артериальное давление повышено, но подвержено колебаниям, органических изменений в органах нет); фаза Б — стабильная (артериальное давление постоянно, существенных анатомических нарушений нет, отмечается спазм коронарных и мозговых сосудов);

— III: фаза А — компенсированная (функция органов не нарушена настолько, чтобы вызвать потерю трудоспособности), фаза Б — декомпенсированная — отмечаются стойкие нарушения со стороны внутренних органов. Наблюдаются нарушение функции почек, зрения, коронаросклероз, кардиосклероз, поражение центральной нервной системы.

Различают «доброкачественную», или медленно протекающую, и «злокачественную», или быстро прогрессирующую, формы гипертонической болезни. «Злокачественная» характеризуется острым началом, быстрым развитием заболевания в молодом, часто юношеском, возрасте, тяжелым поражением почек по типу артериолонекроза и изменением глазного дна.

Дифференциальная диагностика этого заболевания затруднена. Следует помнить, что, помимо позднего токсикоза, повышение артериального давления может быть при следующих состояниях: гемодинамической гипертензии (недостаточность аортального клапана, артериовенозная аневризма, коарктация аорты, болезнь Такоями, полицитемия и др.), эндокринных формах (феохромоцитомы, тиреотоксикоз), почечных гипертониях (гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, нефросклероз, гидронефроз, поликистоз, опухоли почек и др.).

Следует отметить, что очень часто беременные впер-

вые узнают о повышении артериального давления при постановке на учет в женской консультации.

Установлено депрессорное влияние беременности на артериальное давление. Так, Л. Ф. Антонова (1956), Г. А. Козин (1969) отмечают снижение его у более чем половины беременных при I стадии заболевания с 11 до 25—35 нед беременности, при II стадии — с 15 до 20—23 нед. При I стадии заболевания оно уменьшается до нормального уровня, при II же не достигает его. Чем раньше отмечается снижение артериального давления во время беременности, тем благоприятнее прогноз в отношении состояния плода.

Механизм снижения артериального давления до конца не ясен. Возможно, это связано с действием гормонов плаценты (Коган А. А., 1951), возможно, с увеличением количества депонированной крови за счет вазодилатации (Персианинов Л. С., 1973).

Осложнения гипертонической болезни: почечная недостаточность, гипертоническая энцефалопатия, инсульт, отслойка сетчатки, особенно при длительном и стойком повышении артериального давления.

Гипертоническая болезнь часто приводит к прерыванию беременности, поздним токсикозам (сочетанные, злокачественные), внутриутробной гипоксии, гипотрофии, плацентарной недостаточности, перинатальной смертности плода, кровотечению (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотонии матки).

Противопоказания к пролонгированию беременности следующие: гипертоническая болезнь IIБ—III стадии (по классификации Мясникова А. Л.), злокачественная форма, гипертоническая болезнь I—IIА стадии, протекающая во время беременности с осложнениями в виде повышения артериального давления и его стабилизации на высоком уровне, повторные гипертонические кризы, гипертоническая энцефалопатия, ретинопатия, нарушение мозгового кровообращения, сердечная, коронарная, почечная недостаточность, отслойка сетчатки. При симптоматической гипертонии противопоказания такие же, как и при гипертонической болезни.

В практической работе можно пользоваться тремя степенями риска во время беременности при гипертонической болезни, предложенными М. М. Шехтманом и соавт. (1982): I соответствует I стадии гипертонической болезни, II степень — IIА стадии; III степень — IIБ и

III стадии гипертонической болезни, включая злокачественную форму. Беременные с гипертонической болезнью должны находиться под диспансерным наблюдением. При I степени риска они посещают врача не менее 2 раз в месяц, особенно во II половине беременности. При II степени проводится наблюдение и обязательное лечение в стационаре в срок до 12 нед и каждый раз при ухудшении общего состояния (повышение артериального давления до 140/90 мм рт. ст., гипертонические кризы, приступы стенокардии, сердечной астмы, признаки гестоза, перинатальной патологии). На роды госпитализируют за 3—4 нед. При III степени риска беременность необходимо прервать по жизненным показаниям после предварительного лечения.

При I и II степени риска роды чаще возможны через естественные родовые пути с обязательным обезболиванием, возможно наложение акушерских щипцов. Кесарево сечение в основном выполняются по акушерским показаниям.

При обследовании, помимо общепринятых, используют следующие методы: исследование мочи по Зимницкому, Нечипоренко, электрокардиографию, фонокардиографию, пробу Реберга, биохимические исследования крови (мочевина, креатинин, электролиты, белок), коагулограмму, ультразвуковое и кардиомониторное исследование. Терапевт проводит осмотр каждые 10—14 дней на протяжении всей беременности, окулист — в I половине 1 раз, во II ежемесячно. Беременная посещает женскую консультацию 1 раз в 2 нед в I половине и 1 раз в неделю во II.

Первая госпитализация показана до 12 нед для уточнения диагноза, стадии заболевания и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности (проведят седативную и сохраняющую терапию); вторая — в 20—22 нед для профилактики гестоза, третья — в 32—34 нед для профилактики гестоза и плацентарной недостаточности, на роды — за 2 нед до предполагаемого срока родов.

В основе гипертонической болезни лежит травматизация и перенапряжение нервной системы. Поэтому лечебно-профилактические мероприятия направлены на создание физического и эмоционального покоя. Необходимо, чтобы беременная не переутомлялась, соблюдала режим дня и отдыха, употребляла разнообразную и полноценную пищу с ограничением или полным исклю-

чением поваренной соли. В целях снижения возбудимости нервной системы и нормализации сна назначаются седативные средства. Так, по 7—10 дней ежемесячно следует принимать отвар корня валерианы, пустырника, бромистый натрий. Хороший эффект дает электросон, рефлексотерапия.

Медикаментозная терапия подбирается индивидуально терапевтом с учетом общепринятых принципов во время беременности. Необходимость постоянной терапии и ее принципы определяются акушером-гинекологом совместно с терапевтом.

Реабилитация заключается в лечебно-профилактических мероприятиях вне беременности, соблюдении обязательного интервала между беременностями не менее 3 лет, контрацепции (ВМС, презерватив, химические методы).

Артериальная гипотензия встречается у 12,3% беременных. Она может быть причиной серьезных осложнений для матери и плода. В связи с неустойчивостью сосудистого тонуса, уменьшением массы циркулирующей крови, нарушением мозгового кровообращения это заболевание особенно опасно в последовом и раннем послеродовом периодах.

При физиологической (конституциональной) гипотензии без каких-либо симптомов терапии не требуется. В неустойчивой (субкомпенсированной) стадии гипотонической болезни с разнообразной субъективной симптоматикой (слабость, головокружение, снижение трудоспособности) лечение проводится амбулаторно и лишь при его неэффективности показана госпитализация.

Декомпенсированная гипотоническая болезнь характеризуется гипотоническими кризами, легко возникающими обморочными состояниями, нарушением сна, появлением акроцианоза, утратой трудоспособности. Такие больные должны лечиться в стационаре (Шехтман М. М., 1982). Следует отметить, что у данной категории больных чаще, чем у здоровых беременных, развивается ранний токсикоз, может присоединиться поздний токсикоз (гестоз). При этом развивается своеобразная нефропатия с нормальным артериальным давлением. У таких больных артериальное давление 120/80 мм рт. ст. (превышающее на 30% исходный уровень) является патологическим.

У беременных с гипотензией наиболее часто бывает спонтанное прерывание беременности (в 3—5 раз чаще,

чем у здоровых), только у 25% роды протекают нормально (Тимошенко Л. В., Гайструк А. Н., 1972). Роды осложняются аномалией родовой деятельности, несвоевременным излитием околоплодных вод, кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Прерывание беременности при гипотензии в основном производят по акушерским показаниям (токсикозы и т. д.).

Наряду с общими методами обследования проводят тщательное измерение артериального давления, осмотр окулистом в I и II половине беременности. В стационаре можно использовать измерение височного давления, реовазографию.

Беременную с гипотензией госпитализируют в стационар в 16, 28 нед и на роды за 1 неделю. Профилактическое лечение можно проводить в условиях дневного стационара. Назначают глюкозу, витамины В, С, Е, аевит (по 0,2 г 3 раза в день), кофен (по 0,1 г 2 раза в день), настойку пантокрина или китайского лимонника (по 30—40 капель 3 раза в день). Показаны лечебная физкультура, теплый душ, нормальный сон, прогулка на свежем воздухе, устранение перегрузок на работе. Для профилактики синдрома сдавления нижней полой вены не рекомендуется длительно лежать на спине.

Особого внимания заслуживают беременные с варикозным расширением вен нижних конечностей и вульвы. Эти состояния наблюдаются уже при первой беременности у 50% женщин, при повторной — у 75%. Причинами развития варикозно расширенных вен являются слабость стенки вен, недостаточность их клапанного аппарата, механические препятствия, затрудняющие движение венозной крови, а также действие прогестерона на сосудистую стенку.

Венозная система нижних конечностей состоит из поверхностных и глубоких вен, связанных посредством венозных коллатералей. Сокращение мышц нижних конечностей способствует продвижению крови в глубокие вены, а затем к сердцу.

Во время беременности вены становятся шире, длиннее, их стенки утолщаются, нередко они делают извитыми, приобретая штопорообразную форму. На венозное кровообращение влияют и увеличение массы циркулирующей крови, величина матки и плода, количество околоплодных вод, тонус передней брюшной стенки, прогестерон. Во время беременности повышается ве-

нозное давление с 4—5-го месяца и перед родами в 2—3 раза по сравнению с этими показателями вне беременности. Резко снижена скорость кровотока в венах нижних конечностей у беременных и рожениц. Все это способствует застою крови в нижних конечностях у беременных и приводит к варикозному расширению вен.

Во время беременности могут наблюдаться следующие осложнения: тромбозы, тромбозы в родах и в послеродовом периоде, кровотечение из варикозно расширенных вен, узлов, гестоз, анемия, гипотензия. Роды осложняются слабостью родовой деятельности, несвоевременным излитием вод, кровотечением (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотонические и атонические кровотечения).

Наряду с общепринятыми методами обследования выполняют коагулограмму — 1 раз в I половине, 1 раз в месяц во II; ежемесячно определяют время свертывания крови, проводят консультацию сосудистого хирурга в I и II половине.

Признаки этого заболевания в основном обнаруживаются во II триместре беременности. Для его профилактики необходимо перевести беременную на работу, не связанную с длительным стоянием, рекомендуется бинтование нижних конечностей эластическими бинтами, возвышенное положение конечностей во время сна, отдыха.

Геморрой у беременных наблюдается значительно чаще, чем у небеременных. Предрасполагающими факторами является гиперплазия кавернозных вен дистального отдела прямой кишки и заднепроходного канала, врожденная недостаточность соединительнотканного аппарата, нарушение тонуса венозной стенки. При наличии этих факторов возникновению геморроя могут способствовать сидячий образ жизни, поднятие тяжестей, частые запоры, беременности и роды.

У некоторых беременных это заболевание протекает бессимптомно, но большинство жалуются на зуд в области заднего прохода, особенно после акта дефекации. При увеличении срока беременности появляются боли, кровотечение из варикозных узлов.

В целях профилактики геморроя рекомендуется гигиеническая гимнастика на протяжении всей беременности, правильное питание, предупреждение запоров. Показаны после каждого акта дефекации восходящий душ и водный туалет, приподнимание таза в положе-

нии на спине на высоту 20—25 см (2—3 раза в день) по 10—15 мин. При выраженных признаках применяют свечи, мази с новокаином, анестезином, папаверином, и т. д. При остром воспалении применяют свинцовые примочки, сидячие ванны с раствором ромашки, шалфея. Необходима консультация хирурга.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Целесообразно выделять следующие состояния анемии беременных: преданемия, анемия гестационного периода и хроническая железодефицитная.

Преданемия у беременных представляет латентный дефицит железа и трактуется как начало заболевания. Она выявлена у $61,0 \pm 4,9\%$ беременных, в дальнейшем у 80,3% из них наблюдалась анемия I степени. Высокий риск развития анемии характеризуется дефицитом железа, степень которого нарастает в динамике беременности. Информативный тест преданемии — концентрация трансферрина в сыворотке крови и процент насыщения его железом. Однако этот тест не выполняли в сельских условиях, в связи с чем рекомендуем выявлять беременных с повышенным риском возникновения анемии по количественной оценке факторов риска.

Анемия гестационного периода развивается в связи с затратами на развитие плодного яйца, кроме того, бывает алиментарной, постгеморрагической и иммунной формы. Частота ее у беременных составляет $34,5 \pm 0,2\%$.

Хроническая железодефицитная анемия у беременных является полиэтиологическим заболеванием, характеризующимся дефицитом железа, отдельных видов белка, витаминов и микроэлементов, снижением синтеза ряда стероидных и белковых гормонов, развитием вторичного иммунодефицитного состояния. Хронической анемией страдают $24,49 \pm 0,44\%$ беременных. Решающую роль в ее возникновении играют частые роды и акушерские кровотечения.

В женской консультации необходимо выявлять беременных с факторами риска развития анемии. В эту группу следует отнести беременных в возрасте старше 35 лет, имеющих высокий паритет (4 родов и более), частые беременности и роды, перенесших инфекционные заболевания (3 и более), страдающих экстрагенитальной патологией (ревматизм, пороки сердца, пиелонефрит). К факторам высокого риска относятся самопроиз-

вольные аборты, преждевременная отслойка плаценты, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, а также анемия при предыдущих беременностях и осложнение настоящей беременности рвотой, артериальной гипотензией или нефропатией. Составлена шкала количественной оценки факторов риска развития анемии для городских жительниц (табл. 15).

Диапазон риска был разделен нами на три интервала: низкий (благоприятный прогноз) — 0—6 баллов, средний (группа внимания) — 7—20 и высокий (неблагоприятный прогноз) — более 20.

О. Ахмедов (1989) составил прогностическую таблицу риска развития анемии у беременных, проживающих в сельской местности (табл. 16).

В группе беременных высокого риска развития анемии, в основном состоявшей из повторно- и многорожавших с коротким интервалом между родами и лактационным периодом, анализ колебания уровня гемоглобина позволил прогнозировать критические сроки развития заболевания. Так, у женщин 20—24 лет таковым является 28 нед беременности, старше 25 лет — 32-я неделя, а начало критического периода — соответственно 20 и 22 нед. При одинаковых исходных уровнях гемоглобина снижение его более выражено у беременных старше 30 лет.

Представленные прогностические таблицы для комплексной оценки риска выявления анемии у беременных могут быть использованы в практической работе врачей женской консультации и стационара.

До настоящего времени нет единого мнения о целесообразности и сроках использования ферропрепаратов для профилактики анемии у беременных. Крайне недостаточны сведения о результатах превентивной терапии беременных препаратами железа, хотя большинство исследователей относят анемию к одному из факторов высокого риска возникновения перинатальной и акушерской патологии и указывают на важную роль женской консультации в снижении осложнений беременности и родов (Бодяжина В. И., 1983; Галота В. Я., Радзинский В. В., 1983; Закиров И. З. и др., 1984). Рекомендуем выделять беременных по степени риска развития анемии и в зависимости от этого проводить дифференцированную первичную профилактику, направленную на предупреждение у них заболевания, и вто-

Таблица 15

Оценка факторов риска развития анемии у беременных, проживающих в городе (Джаббарова Ю. К., 1990)

Факторы риска	Баллы
I. Биологические	
Возраст, лет	
25—29	—1
30—34	1
35 и старше	2
II. Акушерско-гинекологический анамнез:	
Паритет	
4 родов и более	2
Аборты	
самопроизвольные	
0	—1
1	1
2 и более	7
артифициальные	
0	—1
1	2
2 и более	1
Преждевременные роды	1
Анемия	8
Поздние токсикозы	2
Кровотечения	9
Мертворождение	2
Интервал между данной и предшествующей беременностью, закончившейся:	
абортом	
1 год	1
2 года и более	1
родами	
1 год	2
2 года и более	0
III. Экстрагенитальные заболевания	
Детские инфекции (корь, скарлатина, паротит) в анамнезе	
есть	4
нет	—2
Вирусные инфекции в анамнезе (грипп, ОРЗ), есть	2
Хронические воспалительные процессы горла, носа и легких	
есть	2
нет	—1
Сердечно-сосудистые заболевания	
есть	5
нет	—1

Продолжение табл. 15

Факторы риска	Баллы
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3
Заболевания мочевыводящих путей (пиелонефрит, цистит)	2
IV. Осложнение данной беременности	
Рвота беременных	—1
Угрожающее прерывание беременности	1
Артериальная гипотензия	5
Артериальная гипертензия	2
Нефропатия, степень	
I	3
II	8
III	5
нет	—1

ричную — в целях предотвращения осложнений гестационного периода.

При осуществлении лечебно-профилактических мероприятий необходимо исходить из того, что уровень гемоглобина после коррекции должен быть не ниже 120 г/л, а содержание его от 111 до 119 г/л нужно рассматривать как преданемию.

Всем беременным группы риска развития анемии рекомендуются профилактические мероприятия. Индивидуально с каждой беременной беседуют о влиянии анемии на ее организм и плод. Основное внимание уделяется самоконтролю беременной за характером и качеством питания. В первые 10—12 дней с момента поступления на учет осуществляют полное обследование, доступное в женской консультации, оценивают выявленные факторы риска и определяют степень вероятности развития анемии.

Регулярно контролируется выполнение беременной следующих физиопрофилактических мер:

— комплекс утренних физических упражнений (Федорова Г. С., 1976);

— водные процедуры — душ летом (при температуре воздуха выше 30°) 2—3 раза в день по 5—7 мин, в другое время года — ежедневно 1 раз в день. Температура воды—30—35°, в жаркое время года — 20—26°. Прогулки на свежем воздухе в часы наибольшего ультрафиолетового излучения солнца — весной и летом ут-

Таблица 16

Прогностическая таблица для комплексной оценки риска развития анемии у беременных, проживающих в сельской местности (Ахмедов О., 1986)

Факторы риска	Баллы	Факторы риска	Баллы
Возраст, лет		Аборты в анамнезе	
до 20	0,8	0—1	1,0
21—24	0,6	2—3	1,2
25—29	1,2	4—5	1,7
30—34	1,8	6 и более	2,0
35—39	2,7		
40 и старше	8,0	Паритет	
Уровень образования		первородящие	0,5
высшее	0,7	повторнородящие	0,8
начальное	1,7	многорожавшие	2,4
среднее	1,1	Интервал между родами, год	
среднеспециальное	0,9	1—2	1,8
Социальное положение		2—3	1,0
учащиеся	1,5	3 и более	0,5
рабочие	1,2	Состояние здоровья беременных:	
колхозницы	1,4	болезни печени	2,0
служащие	0,6	болезни почек	1,4
домохозяйки	0,7	Осложнения беременности:	
Начало менструального цикла, лет		токсикоз I половины беременности	1,1
с 12	0,8	отеки беременных	1,8
15—17	1,1	нефропатия	4,0
с 18 и старше	1,3		

Прогноз: благоприятный — 7—10,8 балла, группа внимания — 10,9—14,6, неблагоприятный — 14,7—19,7.

ром в тени с 8 ч 30 мин до 10 ч и перед сном с 21 до 22 ч, осенью и зимой — с 9 до 11 и с 19 до 20 ч. В летнее время рекомендуются вечерние прогулки вблизи водоемов и водных источников (фонтан, бассейн, речка, канал и др.);

— световоздушные ванны (летом в тени) при температуре 20—25° в течение 5—20 мин. Физическая и гигиеническая подготовка проводится с целью уменьшения

отделения пота и потери железа и солей с ним, поддержания гигиены кожных покровов, улучшения дыхательной функции кожи. Гидроионизация при температуре воздуха 25° и выше хорошо переносится беременными и является одним из видов оксигенотерапии.

Психопрофилактическая подготовка включает ознакомление женщин с правилами поведения во время родов, включая и умение облегчать боль. Беременным с лабильной нервной системой, испытывающим страх перед предстоящими родами, необходимы сеансы электросна с одновременным электрофорезом бромистого натрия.

Беременным группы низкого риска развития анемии рекомендуются диетотерапия и витаминизация. Лечебное питание должно включать повышенное содержание белков и незаменимых аминокислот, витаминов С, Е, группы В, микроэлементов (медь, цинк, кобальт), железа и минеральных солей. В суточный рацион следует включать мясомолочные продукты, рыбу, яйца, фрукты, овощи, свежую зелень, рис, различные крупы, бобовые, ягоды, соки, настой шиповника. Режим питания 5—6 раз в день.

Учитывая, что рвота беременных является фактором развития анемии, с момента взятия на учет в I триместре беременности необходимо проводить профилактику раннего токсикоза. При появлении тошноты, слабости, головокружений следует объяснить женщине причину этого и роль питания в предупреждении рвоты. Суточный рацион питания нужно принимать дробными порциями (мало и часто, каждые 1—1,5 ч). В жаркое время года следует употреблять минеральные воды — ташкентскую, ферганскую, в состав которых входят бикарбонат натрия, калий, другие соли, в объеме 500—700 мл. Необходим дневной сон в течение 1 ч и ночной 9—10 ч.

С 20 нед беременности назначают в течение месяца гевдевит по 1 драже в день или фитотерапию следующей прописи: плоды шиповника (чайная ложка) и черной смородины (чайная ложка), 2 стакана кипятка. Принимать по 1/2 стакана 4 раза в день. С перерывом в 2 нед курс витаминизации повторить в 26 и 32 нед с учетом критических сроков развития анемии, а также частоты угрозы прерывания в конце II триместра беременности и гестоза — в III.

Беременным группы среднего и высокого риска развития анемии, кроме указанных мер, рекомендуется

Ферротерапия: ферамид по 0,1 г 3 раза (3 таблетки) в день или ферроплекс по 2 драже 3 раза в день; всего 4 курса по 4 нед; в I триместре с 9 нед и в 20, 28, 34 нед беременности. Выбор сроков проведения профилактического приема препаратов железа был сделан на основании изучения обмена железа, результатов гематологических исследований.

Таким образом, критическими сроками развития анемии у беременных являются 27—28 нед, начало совпадает с 20—22 нед — периодом интенсивного кроветворения плода. Проведение 1-го курса лечения считали целесообразным для восполнения депо железа в организме беременной.

Необходимо регулярно осуществлять контроль за показателями красной крови в I триместре 1 раз в месяц, во II и III — каждые 2 нед.

Анемия I степени в динамике наблюдения развивалась у 18% беременных и легко купировалась к концу беременности. Отмечался благоприятный исход беременности и родов у женщин, получивших профилактическое лечение. Так, поздние токсикозы снизились в 4 раза, акушерские кровотечения в 5 раз по сравнению с нелечеными, не было случаев слабости родовой деятельности, материнской смертности и перинатальной потери детей.

Таким образом, профилактическое лечение с включением ферамида и ферроплекса в сочетании с диетой позволяет предупредить заболевание у большинства беременных группы риска развития анемии, что обуславливает снижение частоты осложнений в гестационном периоде.

Принципы и методы лечения железодефицитной анемии у беременных. Чаще всего анемия развивается с 20—22 нед беременности, что объясняется многими факторами, в том числе и началом интенсивного периода костномозгового кроветворения плода. Наиболее выраженная анемизация наблюдается в 28—32 нед.

В условиях женской консультации проводят лечение беременных преимущественно с легкой формой анемии. Стационарное лечение показано при выраженных степенях анемии (II—IV), отягощенном акушерском анамнезе, анемии в сочетании с экстрагенитальной патологией, наличии другой акушерской патологии, отсутствии эффекта от проводимой терапии и при сроке беременности 37—38 нед.

Продолжительность лечения в стационаре определяется индивидуально. После выписки из стационара беременные переводятся на диспансерное наблюдение в группу повышенного риска.

Плановую и повторную госпитализацию беременных с анемией необходимо проводить с учетом критических сроков заболевания (28—32 нед) и за 2—3 нед до родов.

Следует обращать особое внимание на беременных с хронической анемией, которая была выявлена в I триместре. Для целенаправленной терапии необходимо уточнить ее характер (постгеморрагическая, алиментарная или гипопластическая). Важно знать длительность и степень тяжести заболевания, эффективность ранее проводимой антианемической терапии.

При определении у беременных анемии III и IV степени следует исключить болезнь Верльгофа, гипоплазию костного мозга, гемолитическую анемию. Нередко анемия является одним из симптомов хронических инфекций, заболеваний печени (опухоль, цирроз, гепатолитенальный синдром) или почек (гломерулонефрит, нефрит, пиелонефрит, опухоль). В связи с этим необходимы консультации терапевта, оториноларинголога, стоматолога, гематолога.

Для контроля проводимой терапии и с целью дифференциальной диагностики надо исследовать кровь на содержание общего белка, ферментов (АЛТ, АСТ, холинэстераза), билирубина, сахара, холестерина, мочевины, креатинина, провести анализы мочи — общий и пробу Нечипоренко, кала на яйца глистов, определить основные гематологические показатели.

У женщин, страдающих хронической анемией, беременность, как правило, усугубляет течение основного заболевания, степень тяжести анемии нарастает. При анемии II—III степени беременных беспокоят головокружение, потемнение в глазах, головные боли, общая слабость, быстрая утомляемость при легкой физической нагрузке, одышка и сердцебиение. Клинически у таких больных наблюдаются бледность кожных покровов, снижение артериального давления, выявляется функциональный систолический шум на верхушке и в проекции легочной артерии.

О значительной давности заболевания можно судить по выраженности трофических изменений: ложкообразные вдавления ногтей, их повышенная ломкость, хруп-

жость и потеря блеска, выпадение волос на голове, сухость и шелушение кожи, сглаживание сосочков языка, которые свидетельствуют о дефиците запаса железа в организме. Этим беременным следует госпитализировать сразу после выявления анемии.

Беременность противопоказана при следующих формах: железодефицитная хроническая анемия III и IV степени, гемолитическая, гипо- и аплазия костного мозга, лейкозы, болезнь Верльгофа, тяжело протекающая или с частыми обострениями.

Прерывать беременность следует до 12 нед. При беременности более 12 нед у больных анемией III—IV степени вопрос об этом надо решать с большой осторожностью, так как может быть большая кровопотеря. Прерывание беременности следует проводить после предварительной гемотранфузионной подготовки и только при наличии сопутствующих отягощающих факторов: возраст старше 40 лет, акушерский анамнез, отягощенный кровотечением в родах, а также такие экстрагенитальные заболевания, как ревматизм, активная фаза, эндомикардиты, стеноз митрального и аортального клапанов, сочетанный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, тяжелая недостаточность кровообращения, хронический гепатит в активной фазе, цирроз и опухоль печени, тиреотоксикоз III степени.

Беременным с анемией II степени, относящимся к группе повышенного риска, составляется план обследования и лечебно-профилактических мероприятий, включающих 3—4 курса стационарного лечения по 20—30 дней каждый с интервалами 4 нед. После выписки из стационара лечение продолжается в амбулаторных условиях. Одновременно с этим в женской консультации осуществляется профилактика развития акушерской патологии, наиболее часто встречающейся при анемии, определяются факторы риска осложнений беременности и родов.

Факторы риска осложнений беременности при анемии:

- развитие токсикоза (гипотензия, гипертензия, нефропатия, преэклампсия);

- самопроизвольное преждевременное прерывание беременности (выкидыши, преждевременные роды);

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

- хроническая гипоксия и задержка развития плода;

- антенатальная гибель плода.

В связи с изложенным женщинам с анемией рекомендуется обязательная родовая подготовка в течение 2—3 нед в условиях стационара, поэтому последняя госпитализация беременной осуществляется в 37—38 нед.

Лечение. Для предупреждения и лечения железодефицитных состояний используются медикаментозные средства, диетотерапия и продукты специального назначения. Мы предлагаем систему комплексной терапии анемии у беременных, в состав которой вошли следующие основные принципы:

- восполнение дефицита и депо железа;

- нормализация функционального состояния центральной нервной системы;

- восполнение дефицита белка;

- насыщение организма витаминами;

- насыщение организма микроэлементами;

- профилактика фетоплацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода.

Дополнительные принципы лечения:

- десенсибилизация организма;

- дезинтоксикация организма;

- неспецифическая иммунокоррекция;

- профилактика гипоксии тканей;

- поддержание функции жизненно важных органов;

- профилактика кровотечений;

- лечение сопутствующей патологии.

Антианемическое лечение, проводимое в женской консультации, должно быть комплексным, включать рациональный режим труда и отдыха, лечебную физкультуру, психопрофилактику, физиогигиенические процедуры, диетотерапию и медикаментозные препараты.

Реабилитация родильниц с анемией. В лактационном периоде назначается курс антианемической терапии сразу после родов, а также курс физиопрофилактики гипогалактии, маститов и других гнойно-септических осложнений путем общего облучения ультрафиолетовыми лучами. Для коррекции гиповитаминоза Е и А у родильниц и их новорожденных, а также для повышения эффективности антианемической терапии О. Г. Хмелева (1989) рекомендует применение токоферола по 50 мг 3 раза в день при анемии I степени внутри, при

II—III—по 1 мл 10% раствора внутримышечно в течение 2—4 нед. Прием препаратов железа, витаминов и микроэлементов необходимо продолжать дома. Раз в месяц исследуется кровь. Кормящей матери, страдающей анемией, необходимо объяснить особенности диетического питания, рекомендовать кормить ребенка грудью не более 10—11 мес. Перед снятием с учета в женской консультации определяется уровень гемоглобина и в случае обнаружения анемии рекомендуется введение внутриматочных противозачаточных средств на срок восстановления гемограммы.

Для снижения заболеваемости железодефицитной анемией у многорожавших следует пропагандировать перерывы между родами не менее 3 лет; каждой беременности должны предшествовать нормальные показатели гемоглобина и эритроцитов.

При тяжелых формах анемии, кроме препаратов железа и витаминов, назначаются средства, улучшающие клеточный метаболизм: белки (альбумин, аминокислоты), анаболические гормоны (ретаболил, неробол и др.) по 1 мл (2—3 инъекции с интервалом 7—10 дней) или препараты, обладающие анаболическим эффектом (оротат кальция, рибоксин, АТФ) в терапевтических дозах (Максумова Г. А., 1989).

Лечение железодефицитных анемий в период беременности. Лечение при анемии легкой степени можно проводить в амбулаторных условиях. При этом назначаются:

— диетотерапия, включающая антианемические продукты;

— препараты железа для перорального применения в лечебной дозе: феррокаль по 2 таблетки 3 раза в день, ферроплекс по 2 драже 3 раза в день, ферамид по 0,1 г 3 раза в день, тардиферон по 1 таблетке в день, Феррум Лек по 100 мг: 2 мл внутримышечно или 5 мл внутривенно с 10 мл изотонического раствора хлорида натрия;

— витамины: гендевит по 1 драже 3 раза в день, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5 мл парентерально (внутримышечно или внутривенно);

— 40% раствор глюкозы 20 мл внутривенно и кокарбоксилазы 50 мг внутривенно или внутримышечно (10—12 инъекций);

— микроэлементы: коамид (по 1 мл 1% раствора под кожу в течение 3—4 недель);

— незаменимые аминокислоты: метионин (по 0,25 г 3 раза в день), глутаминовая кислота (по 0,25 г 3 раза в день);

— оксигенотерапия, прогулки на свежем воздухе;

— дневной сон;

— утренняя гимнастика.

Лечение при анемии II—IV степени, а также I степени, развившейся на фоне экстрагенитальной патологии, сочетающейся с другой акушерской патологией, проводится в условиях стационара.

Комплексная терапия гипохромной железодефицитной анемии включает следующее.

1. Восстановление дефицита железа проводится с учетом того, что для повышения гемоглобина на 1 ед. по Сали требуется 25 мг железа. Назначается один из препаратов для парентерального введения. Контролем лечения служит определение содержания сывороточного железа и исследование показателей периферической крови.

2. Нормализация центральной нервной системы достигается назначением 3% раствора бромида натрия по 1 столовой ложке 3 раза в день, триоксазина по 0,3 г на ночь, процедуры электросна днем ежедневно в течение 5—10 дней.

3. Десенсибилизирующая терапия необходима при производстве трансфузии крови, сочетании анемии с нефропатией, анемии беременных: глюконат кальция по 0,5 г 3—4 раза в день или 5% раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день; димедрол по 0,05 г на ночь, при тяжелых формах по 1 мл 1% раствора внутримышечно или внутривенно; пипольфен по 0,025 г 2—3 раза в день или 1—2 мл 2,5% раствора внутримышечно.

4. Восстановление дефицита белка достигается внутривенным введением плазмы, альбумина, протейна, альвезина, амнина.

5. Насыщение организма витаминами и микроэлементами проводится ежедневным парентеральным введением по 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, по 1 мл 10% раствора витамина Е, по 1 мл 5% раствора витамина В₆, по 1 мл 6% раствора витамина В₁ или 50—100 мг кокарбоксилазы внутривенно или внутримышечно. Перорально назначается гендезит по 1 драже

3 раза в день. Витамин В₁₂ (30 мкг) следует включать в лечение после насыщения организма препаратами железа.

6. С целью борьбы с ацидозом и гипоксией тканей вводятся растворы глюкозы с инсулином, внутривенно 4% раствор бикарбоната натрия по 100 мл, применяют оксигенотерапию.

7. При гипоксии и гипотрофии плода назначают глюкозу, кокарбоксилазу, витамины, плазму, оксигенотерапию, глутаминовую кислоту, витамин Е (в сроки до 36 нед) и сигетин — по 2 мл 1% раствора внутривенно или внутримышечно (после 36 нед).

8. Трансплантация крови производится при I—II степени анемии при неэффективности медикаментозного лечения, дородовой подготовке, тяжелой анемии во время беременности и в родах, в послеродовом периоде. Гемотрансфузии являются мощным средством в лечении анемии, в зависимости от тяжести заболевания производятся 1—3 раза в неделю. Рекомендуются вводить свежезаготовленную или цельную кровь (до 10 дней хранения), можно эритроцитную массу. Переливание крови представляет серьезное вмешательство и требует тщательного соблюдения АВО, резус- и биологической совместимости. Сенсибилизация организма беременной в результате гемотрансфузий может стать причиной преждевременных родов и других осложнений.

9. Иммуностимулирующая терапия: тимоген по 100 мг внутримышечно или интраназально (по 2—5 капель) в течение 3—5 дней; спленин по 2 мл через день, 3—5 инъекций внутримышечно.

10. Для поддержания функции других органов и систем: кокарбоксилаза по 50 мг внутривенно, АТФ по 1 мл внутримышечно, сирепар по 2 мл внутримышечно, силибор по 0,08 г 3 раза в день после еды, фитин по 0,5 г 3 раза в день.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Пиелонефрит — неспецифический воспалительный процесс, поражающий интерстициальную ткань почки и чашечно-лоханочную систему. Среди патологических процессов в почках у беременных пиелонефрит занимает первое место. Так, он выявляется у 48% беременных, у 35% родильниц, у 17% рожениц (Гуртовой Б. Л. и др., 1990).

Возбудителями чаще (70%) являются энтеробактерии (кишечная палочка, клебсиелла, протей), реже — энтерококк (15%) и синегнойная палочка (10%).

Инфекция в почку и лоханку попадает гематогенным или восходящим путем. Первичный ее очаг чаще располагается в миндалинах, кариозных зубах, в органах мочевой и половой системы. В послеродовом периоде источником может быть матка.

Во время беременности имеются и предрасполагающие факторы для развития пиелонефрита. Происходит нарушение уро-гемодинамики. В ранние сроки это связано с изменениями концентрации гормонов (эстрогены, прогестерон, хорионический гонадотропин, кортикостероиды). Преобладание прогестерона способствует снижению тонуса мочеточников и мочевого пузыря, что приводит к застою мочи. Развивается пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс (обратный заброс мочи), что способствует повышению внутрилоханочного давления и забросу микробов, токсинов в вышележащие отделы и ткань почки. В поздние сроки увеличенная и ротируемая матка приводит к нарушению пассажа мочи.

Различают острую и хроническую формы пиелонефрита. При обострении (в основном во II и III триместрах) заболевание протекает как острый воспалительный процесс. Кроме того, при тяжелых формах возникает переход процесса на капсулу почки, околопочечную клетчатку и даже может развиваться септический шок. В послеродовом периоде хронический пиелонефрит часто протекает с обострениями (особенно на 4-й, 6-й и 12-й день после родов).

Следует отметить, что в современных условиях преобладают латентно протекающие формы хронического пиелонефрита, которые сопровождаются рецидивами в период беременности. Он может протекать и бессимптомно, лишь при исследовании мочи выявляется бактериурия и лейкоцитурия (6—8%). Тяжело протекает хронический пиелонефрит с мочекаменной болезнью, аномалиями развития мочевыводящих путей.

Пиелонефрит способствует возникновению осложнений во время беременности: в ранние сроки — прерывание беременности, в более поздние — прерывание беременности, гестоз (сочетанный, развивающийся с 22—24 нед, тяжело протекающий, плохо поддающийся лечению), железодефицитная анемия, внутриутробная ги-

поксия, гипотрофия и инфицирование плода, что в конечном итоге резко увеличивает перинатальную заболеваемость и смертность.

В родах высок риск прогрессирования токсикоза, асфиксии плода, кровотечения. В послеродовом периоде возрастает число септических заболеваний.

Б. Л. Гуртовой и соавт. (1990) выделяют три степени патологического процесса (табл. 17).

Противопоказания к пролонгированию беременности следующие: пиелонефрит с хронической почечной недостаточностью, пиелонефрит единственной почки, пиелонефрит со стойкой гипертензией.

У беременных с пиелонефритом проводят биохимические исследования крови (общий белок, мочевины, креатинин), исследования мочи по Зимницкому, Нечипоренко, пробу Реберга, трехстаканную пробу, бактериологические исследования мочи, ультразвуковое исследование почек, при необходимости рентгенологическое исследование (обзорная рентгенограмма или ретроградная урография). Необходимы осмотр стоматолога, оториноларинголога, окулиста в динамике, диспансерное наблюдение у терапевта (нефролога, уролога).

В послеродовом периоде для выявления почечной недостаточности производят изотопную скintiграфию и радиоизотопную ренографию.

Таблица 17

Группы риска беременных, страдающих пиелонефритом
(Гуртовой Б. Л. и др., 1990)

Степень	Форма заболевания	Течение беременности
I	Острый пиелонефрит, возникший во время беременности	Течение благоприятное. Гестоз и перинатальная патология возникают редко
II	Хронический неосложненный пиелонефрит, существовавший до беременности	Течение относительно благоприятное. Часто отмечается обострение процесса. У 25% беременных — гестоз, внутриутробное инфицирование, невынашивание
III	Пиелонефрит с гипертензией и азотемией	Течение беременности неблагоприятное. Беременность противопоказана. Развивается тяжелый гестоз, прогрессирует почечная недостаточность

В I триместре беременные посещают акушера-гинеколога и терапевта 1 раз в месяц, во II — 2 раза в месяц, в III — 1 раз в 7—10 дней. Госпитализация в стационар показана до 12 нед для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. При отсутствии противопоказаний к беременности проводится сохраняющая терапия (спазмолитики, витамины В, С, Е и др.). В I половине госпитализируют в терапевтическое, урологическое или нефрологическое отделение или в акушерское отделение многопрофильной больницы, во II — в акушерское отделение с обязательным наблюдением терапевта (нефролога, уролога).

В 22—24 и 32—34 нед госпитализируют для профилактики гестоза и плацентарной недостаточности на роды — за 2 нед. Антибиотикотерапия показана при обострении хронического пиелонефрита, при остром пиелонефрите, а также пиурии и бактериурии.

В I триместре можно применять природные и полусинтетические пенициллины; во II и III и после родов — антибиотики более широкого спектра действия (пенициллин, аминогликозиды, цефалоспорины), а также невидграмон, нитроксолин (5-НОК), нитрофураны (фурадонин, фурагин), сульфаниламиды (уросульфам, этазол). В послеродовом периоде следует воздержаться от аминогликозидов, так как они способны проникать в молоко, можно применять бисептол.

При неэффективности терапии показаны катетеризация мочеточников, нефростомия, а в послеродовом периоде — декапсуляция почки, вскрытие гнойных очагов и дренирование забрюшинного пространства, в крайних случаях — нефрэктомия.

Критерием излеченности пиелонефрита являются исчезновение клинических проявлений данного заболевания и отсутствие патологических изменений в моче при трехстаканной пробе.

При наличии противопоказаний производят прерывание беременности: в I триместре — выскабливание полости матки; во II — интраамниальное введение растворов: гипертонического раствора глюкозы, простагландинов, малое кесарево сечение; в III — родовозбуждение путем создания витаминно-глюкозо-гормонально-кальциевого фона, с последующим внутривенным введением сокращающих препаратов, простагландинов и др. Роды обычно происходят через естественные родовые пути,

оперативное родоразрешение (кесарево сечение, вакуум-экстракция, щипцы и др.) — преимущественно по акушерским показаниям.

В послеродовом периоде в связи с частыми обострениями заболевания необходима антибиотикотерапия, уро-септики с учетом их проницаемости в молоко.

После выписки из родильного дома женщины, перенесшие пиелонефрит, должны находиться под диспансерным наблюдением врача женской консультации до конца послеродового периода, в течение которого проводится общий анализ мочи (2 раза), исследование по Зимницкому и Нечипоренко (2 раза), консультация терапевта (2 раза).

Снимая женщину с учета, врач женской консультации должен сообщить о ней в районную поликлинику участкового терапевту, урологу, нефрологу.

Наиболее оптимальные методы контрацепции — ВМС. Пероральные контрацептивы при заболеваниях почек противопоказаны.

Гломерулонефрит. Возбудителем этого заболевания является преимущественно гемолитический стрептококк группы А. Возможно возникновение сывороточного вакцинного гломерулонефрита.

Острый гломерулонефрит развивается через 10—12 дней после ангины стрептококковой этиологии или воздействия сенсibilизирующего фактора (вакцины). Появляются отеки, одышка, олигурия, гематурия, повышается артериальное давление. Через 2—3 нед клиническая картина улучшается, хотя протеинурия и гематурия могут сохраняться долго (до 6 мес). Симптом гломерулонефрита, сохраняющийся на протяжении года, следует рассматривать как хроническую форму.

Во время беременности гломерулонефрит часто протекает под маской тяжелого токсикоза и своевременно не диагностируется. Врачу женской консультации следует помнить, что раннее возникновение гестоза (22—24 нед), гематурия, появление С-реактивного белка, титров антистрептолизина, антигалактонидазы в крови (более 1:350), вероятно, обусловлены гломерулонефритом.

Различают четыре клинические формы гломерулонефрита:

— нефротическая («нефроз-нефрит») — характеризуется сочетанием дистрофических и воспалительных изменений почек. У больных отмечаются протеинурия,

массивные отеки, артериальное давление в пределах нормы, гипопроteinемия, гиперхолестеринемия, гематурия, снижение фильтрационной функции почек;

— гипертоническая — наблюдаются повышение артериального давления, незначительная гематурия, протеинурия и цилиндрuria, сужение артерий на глазном дне;

— смешанная (отечно-гипертоническая) — выражены как воспалительно-сосудистые (гипертрофия сердца, изменения глазного дна), так и дистрофические изменения (протеинурия, гипоальбуминемия, отеки);

— латентная (умеренно-протеинурическая) — наиболее частая форма. Клинически проявляется небольшой протеинурией или постоянной гематурией при незначительной протеинурии. Гипертензии и отеков нет.

Все клинические формы гломерулонефрита в конечном итоге переходят в терминальную стадию, которая соответствует клинике уремии.

Обострение хронического гломерулонефрита во время беременности возможно как в ранние сроки в связи с перестройкой гормональной и иммунной системы, так и в более поздние сроки в связи с изменениями уро-гемодинамики, а также механическими изменениями.

Врачам женской консультации в практической работе удобно использовать таблицу группы риска у беременных с гломерулонефритом (табл. 18), разработанную Б. Л. Гуртовым и соавт. (1990).

Гломерулонефрит оказывает крайне неблагоприятное влияние на беременность. Так, гестационный период осложняется невынашиванием, ранним гестозом (часты преэклампсия, эклампсия), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, фетоплацентарной недостаточностью (хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода), аномалией родовой деятельности, асфиксией плода, прогрессированием гестоза, хронической (анурия, олигурия) или острой почечной недостаточностью.

Противопоказаниями к пролонгированию беременности являются острый и хронический (обострение) гломерулонефрит, острая и хроническая почечная недостаточность.

Схема обследования беременных такая же, как и при пиелонефрите. О гломерулонефрите свидетельствуют повышенный уровень белка, гематурия в моче. Особое внимание следует уделить оценке выделительной функции почек (клубочковая фильтрация, реабсорбция и

Таблица 18

Группы риска беременных, страдающих гломерулонефритом
(Гуртовой Б. Л. и др., 1990)

Степень	Форма заболевания	Течение беременности
I	Латентная форма Хронический гломерулонефрит	Беременность может быть сохранена
II	Гипертоническая форма гломерулонефрита, если до беременности артериальное давление было в пределах нормы Нефротическая форма хронического гломерулонефрита	Если до беременности в результате лечения удалось стабилизировать артериальное давление в пределах нормы Эта форма требует длительного лечения в стационаре, беременность можно сохранить только в тех случаях, когда имеются условия для повторного продолжительного пребывания женщины в терапевтическом или нефрологическом отделении, а в поздние сроки — в акушерском
III	Гипертоническая и смешанная формы хронического гломерулонефрита, острый гломерулонефрит и обострение хронического гломерулонефрита с азотемией	Беременность противопоказана. Часто отмечается эклампсия. Беременность необходимо прерывать по медицинским показаниям

др.), биохимии крови (мочевина, креатинин, остаточный азот).

Беременные, страдающие гломерулонефритом, должны посещать женскую консультацию 2 раза в месяц в I половине и еженедельно во II. Их должны консультировать терапевт и окулист 2 раза в месяц. При малейшем отклонении от нормального течения беременности в случае болезни необходимо срочно госпитализировать беременную. С целью уточнения клинической формы заболевания и решения вопроса о протонгировании беременности проводят профилактическую госпитализацию в срок до 12 нед, для профилактики гестоза и фетоплацентарной недостаточности — в 22—24, 30—

32 нед, на роды — в 38 нед. При тяжелых клинических формах возникает необходимость досрочного родоразрешения.

Роды наиболее благоприятно вести через естественные родовые пути с максимальным обезболиванием, кардиомониторным наблюдением с возможно управляемой гипотензией, исключением потуг (акушерские щипцы). Необходимость в абдоминальном родоразрешении в основном возникает по акушерским показаниям.

Лечение хронического гломерулонефрита во время беременности в основном симптоматическое, так как активная патогенетическая терапия невозможна из-за применения больших доз кортикостероидов, иммунодепрессантов.

Послеродовой период может осложниться почечной недостаточностью (особенно при недоучете кровопотери) и др.

Из методов контрацепции наиболее удобны ВМС, презерватив и химические методы.

Обязательно соблюдение интервала между беременностями 3—4 года, а между обострениями 2 года и более.

Мочекаменная болезнь встречается у 0,1—0,15% беременных. Большая роль в образовании камней принадлежит мочевой инфекции (пиелонефрит, обменные нарушения). Эта болезнь обычно не возникает во время беременности, но ее клинические признаки могут стать выраженными, если ранее она протекала латентно. Этому способствуют более быстрый рост камней, особенности уродинамики, что обуславливает переход камней из почки в мочеточники, мочевого пузыря. Очень быстро присоединяется инфекция.

Наиболее частый симптом мочекаменной болезни — почечная колика. Если камень находится в почке, то сильная боль наблюдается в поясничной области или подреберье, иррадиирующая по ходу мочеточника в паховую область, половые губы, бедро, могут быть тошнота, рвота, метеоризм, задержка газов, стула, дизурические явления. Симптом Пастернацкого положительный. После приступа в моче обычно отмечается макрогематурия.

Беременность при мочекаменной болезни осложняется пиелонефритом. Диагноз мочекаменной болезни устанавливается на основании анамнеза, клиники, анализа мочи, ультразвукового исследования почек, а также хро-

мощностоскопии. При этой болезни показаны все диагностические манипуляции, что и при пиелонефрите.

Лечение страдающих мочекаменной болезнью проводится, как и при пиелонефрите, в стационаре.

Необходима диетотерапия, включающая молочно-растительные продукты, ограничение соли, острой пищи.

При приступах колики назначают спазмолитики и болеутоляющие препараты: но-шпа (по 2 мл внутримышечно), папаверина гидрохлорид (по 2 мл 2% раствора внутримышечно), атропина сульфат (по 1 мл 0,1% раствора подкожно), баралгин (по 2—5 мл внутримышечно или внутривенно).

Гидронефроз — заболевание почки, характеризующееся стойким расширением лоханки и чашечек, застоем мочи в них и атрофией паренхимы вследствие препятствия оттоку мочи.

Различают гидронефроз врожденный или приобретенный. Приобретенный может быть органическим или функциональным. У беременных гидронефроз возникает в результате функциональных изменений в мочевыводящей системе (гипотензия, гипокинезия чашечно-лоханочной системы и мочеточников, нарушение уро- и гемодинамики), обусловленных гормональными изменениями.

Наиболее частые симптомы — тупые боли в пояснице, иррадиирующие в паховую область и бедро, чувство тяжести в поясничной области, гематурия. Гидронефроз часто осложняется присоединением инфекции (пиурия, интоксикация и др.). Для диагностики проводят ультразвуковое исследование, хромоцистоскопию, в послеродовом периоде — экскреторную урографию.

Лечение консервативное и оперативное. При осложнении гидронефроза инфекцией лечение такое же, как при пиелонефрите. При его неэффективности проводят хирургическое лечение. Показанием к операции служат частые рецидивы гидронефроза во время беременности, сопровождающиеся лихорадочными состояниями, некупирующиеся приступы почечной колики. Гидронефроз, обнаруженный во время беременности, обычно не является показанием к ее прерыванию. При гидронефрозе, существовавшем до беременности, нередко развивается тяжелая форма гестоза, часто возникают преждевременные роды, гипотрофия, внутриутробное инфицирование плода.

Беременность противопоказана при двустороннем гидронефрозе, развившемся до беременности, при гидро-

нефрозе единственной почки, даже если ее функция сохранена, при одностороннем гидронефрозе, сопровождающемся азотемией или пиелонефритом и плохо поддающимся лечению.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Бронхиальная астма встречается у 1—2% беременных женщин (Шехтман М. М. и др., 1987). Это аллергическое заболевание, причем различают инфекционно-аллергическую и неинфекционно-аллергическую формы. Наиболее часто (у 67—98%) отмечается инфекционно-аллергическая форма.

Следует отметить, что больные, страдающие хроническим астмоидным бронхитом, хронической пневмонией с бронхоспазмом, составляют группу риска развития бронхиальной астмы.

Различают легкую, среднюю и тяжелую стадии заболевания. При легкой — приступы удушья бывают редко и возникают спонтанные ремиссии. Бронхиальная астма средней тяжести характеризуется частыми приступами удушья, возможностью развития астматического статуса и редкими ремиссиями; тяжелая — частыми тяжелыми приступами, с трудом купирующимися, ремиссии крайне редко.

Как правило, различные стадии бронхиальной астмы сопровождаются различными степенями легочной и легочно-сердечной недостаточности (I, II и III).

Течение беременности и родов у больных бронхиальной астмой осложняется ранними и поздними токсикозами, невынашиванием, несвоевременным излитием околоплодных вод, аномальной родовой деятельности. Плод развивается в состоянии хронической гипоксии и внутриутробного инфицирования, что способствует увеличению количества детей, рожденных в асфиксии, инфицированными, приводит к высокой перинатальной смертности.

Беременные, страдающие бронхиальной астмой, отмечают в I половине ухудшение самочувствия, во II — часто улучшение. Приступы становятся реже, короче, ремиссии длиннее. У некоторых женщин, наоборот, в I половине отмечается улучшение, а во II — ухудшение самочувствия.

Приступы могут возникнуть и во время родов. В пос-

леродовом периоде наблюдаются частые обострения процесса.

Противопоказания к пролонгированию беременности следующие: бронхиальная астма (тяжелая форма, легочно-сердечной недостаточностью, гормонозависимая форма), астматический статус, болезни легких и плевры с легочно-сердечной недостаточностью, амилоидозом внутренних органов, бронхоэктатическая болезнь, стеноз гортани.

В связи с непредсказуемым течением бронхиальной астмы во время беременности акушер-гинеколог совместно с терапевтом должен внимательно наблюдать за беременной. Наряду с общепринятыми методами обследования беременных следует проводить общий анализ крови на эозинофилы, исследование функции внешнего дыхания, мокроты, коагулограмму.

Беременные при нормальном течении заболевания должны посещать женскую консультацию в I половине 1 раз в месяц и 2 раза в месяц во II.

Благоприятное влияние оказывает профилактическая госпитализация в стационар до 12 нед, 24—32 и за 2 нед до родов. Это дает возможность всесторонне обследовать беременную и решить вопрос о возможности пролонгирования беременности, а также полноценно обследовать состояние плода (ультразвуковое и кардиомониторное исследование, определение содержания эстриола в крови и др.).

Лечение страдающих бронхиальной астмой проводится в период приступа удушья, в межприступный и в период астматического статуса.

В I триместре беременности применение бронхолитических средств ограничено, меньше противопоказаний имеет эуфиллин. Реже применяют эфедрина гидрохлорид. Противопоказаны атропина сульфат и адреналина гидрохлорид. Применение интала возможно во II половине беременности. Во время тяжелых приступов к указанным препаратам можно добавить антигистаминные средства, преднизолон (60 мг внутривенно, кислород). Лечение астматического статуса см. Приложение.

Профилактическое лечение проводится в межприступном периоде (санация очагов инфекции и противовоспалительная терапия), в основном во II половине беременности. В комплексную терапию следует включать антибиотики (пенициллин, ампициллин), отхаркивающие средства (мукалтин, корень алтея), антигистаминные

средства (димедрол, супрастин), общеукрепляющую терапию (витамины В, С, хлористый кальций).

Беременные должны систематически заниматься дыхательной гимнастикой и получать кислородотерапию.

При частых обострениях бронхиальной астмы и недостаточной эффективности лечения (во II половине) возможно использовать глюкокортикоиды: преднизолон (поддерживающая доза 5—10—12,5 мг в сутки), урбазон (6—10 мг), триамцинолон (кенакорт, полкортолон) в дозах, как преднизолон, дексаметазон (1,5—2 мг в сутки).

Для снятия приступа можно использовать аэрозоли: «Интал», «Бекотид» и др.

В послеродовом периоде следует проводить профилактическую противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, при необходимости гормональную.

Бронхиальная астма не оказывает особого влияния на лактационную функцию. Интервал между родами не менее 3—4 лет, причем при отсутствии астматического статуса. Интервал между последним обострением — не менее года. Вне беременности следует широко использовать физиотерапевтические методы, закаливающие процедуры, санаторно-курортное лечение.

Наиболее приемлемые способы контрацепции — ВМС, презерватив, химические средства.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Сахарный диабет — состояние хронической гипергликемии, которое может развиваться в результате воздействия многих экзогенных и генетических факторов, часто дополняющих друг друга (доклад Комитета экспертов ВОЗ по сахарному диабету, 1981). Приводим классификацию сахарного диабета (ВОЗ, 1985):

А. Клинические типы.

Сахарный диабет.

1. Инсулинзависимый сахарный диабет — тип I.
2. Инсулиннезависимый сахарный диабет — тип II: а) у больных без ожирения; б) у больных с ожирением.
3. Другие типы сахарного диабета, включающие диабет, связанный с определенными условиями и синдромами.

Нарушенная толерантность к глюкозе.

1. У лиц без ожирения.
2. У лиц с ожирением.
3. Нарушенная толерантность к глюкозе, сочетающаяся с определенными условиями и синдромами.

Диабет беременных.

Б. Достоверные классы риска (лица с нормальной толерантностью к глюкозе, но значительно повышенным риском развития диабета).

1. Предшествовавшие нарушения толерантности к глюкозе.
2. Потенциальные нарушения толерантности к глюкозе.

Согласно классификации В. Г. Баранова (1977), различают три степени тяжести сахарного диабета: I (легкая) — уровень сахара в крови натощак не превышает 7,7 ммоль/л (140 мг%), кетоза нет и не было, уровень сахара в крови удается снизить с помощью диетических мероприятий; II (средней тяжести) — гипергликемия натощак не превышает 12,1 ммоль/л (220 мг%), кетоз отсутствует или может быть устранен с помощью диеты, но для достижения нормогликемии необходимо назначить инсулин или перорально препараты, снижающие уровень сахара; III (тяжелая) — гипергликемия натощак превышает 12,1 ммоль/л (220 мг%), отмечается склонность к ацидозу, часто наблюдаются лабильное течение заболевания и такие осложнения, как диабетическая ретинопатия и гломерулосклероз. Инсулин — обязательный компонент лечения.

В отдельную группу выделяют диабет, впервые обнаруженный во время беременности, так называемый гестационный диабет.

В группу риска развития сахарного диабета входят лица:

— у которых родители больны сахарным диабетом или болен один из них, но у второго отмечается наследственная предрасположенность к диабету;

— один из однояйцевых близнецов, если другой уже болен клинически выраженным диабетом;

— женщины, родившие детей с массой тела более 4,5 кг или мертвого ребенка, у которого на вскрытии при отсутствии эритроblastоза выявлена гиперплазия островкового аппарата поджелудочной железы.

Следует отметить, что течение сахарного диабета во время беременности имеет ряд особенностей. Даже у здоровых женщин беременность сопровождается некоторыми изменениями углеводного и жирового обмена. Глюкоза и аминокислоты беспрепятственно переходят из крови матери в кровотоки плода. По мере снижения уровня сахара в крови матери уменьшается высвобождение инсулина из бета-клеток, а следовательно, активируются липолиз и кетогенез. Это создает условия

даже у здоровых для возникновения гипогликемии натощак и голодного кетоза. В организм плода не проникают ни свободные жирные кислоты, ни инсулин, ни глюкагон из крови матери, но кетонные тела свободно переходят через плаценту. Таким образом, гипогликемия и гиперкетонемия у матери представляют очевидную опасность для плода.

У больных диабетом в силу «гипогликемизирующего» влияния плода (из-за перехода глюкозы из кровотока матери в плод) I половина беременности сопровождается улучшением течения диабета, что выражается в уменьшении потребности в препаратах инсулина. Во II половине беременности увеличиваются гипергликемия и глюкозурия, возрастают потребность в инсулине и риск диабетического кетоацидоза. Это связано с высокой гормональной активностью плаценты, продуцирующей такие контринсулярные агенты, как хорионический гонадотропин, прогестерон, эстрогены. Их избыток приводит к инсулинрезистентности, снижению чувствительности организма как к эндогенному, так и к экзогенному инсулину. Именно в этот период гестации наблюдаются частые и тяжелые осложнения беременности.

После 34—36-й недели беременности потребность в инсулине вновь снижается. Считают, что инсулинсинтезирующая способность бета-клеточного аппарата поджелудочной железы плода к этому времени столь высока, что обеспечивает значительное потребление сахара из крови матери. Клинически наблюдается некоторое улучшение течения диабета, снижается необходимость в инсулине.

Во время родового стресса гликемия может снова возрасти, при недостаточной дозе инсулина иногда появляется кетоз. Однако сразу же после родов выпадение контринсулярного влияния плацентарных гормонов приводит к снижению уровня сахара в крови. При этом потребность в инсулине на короткое время (2—4 дня) уменьшается по сравнению с таковой до беременности. Затем течение диабета становится прежним, с тем же уровнем нарушений углеводного обмена и приблизительно такой же потребностью в инсулине, что и до беременности.

Беременность, протекающая на фоне сахарного диабета, очень часто сопровождается различными осложнениями. В I половине в большинстве случаев не наблю-

дается каких-либо осложнений, за исключением тяжелых форм (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия), когда уже в ранние сроки отмечается ухудшение течения беременности и сахарного диабета. Во II половине (20—28 нед) у 30% женщин появляются признаки самопроизвольного прерывания беременности; у 45—50% возникает поздний токсикоз, у 30% — многоводие. Половина больных без компенсации обменных нарушений не донашивают беременность. У 75—80% беременных развивается урогенитальная инфекция (Котшелева Н. Г. и др., 1980).

Самое тяжелое осложнение беременности при сахарном диабете — внутриутробная гибель плода, частота которой может достигать 12,5% и прямо зависит от компенсации диабета (Баранов В. Г., 1977). Причинами гибели часто становятся гипогликемия или кетоацидоз у матери, гиперинсулинизм у плода, диабетическое поражение сосудов плаценты с развитием дистрофических изменений в ней и ее гормональная недостаточность. Однако при тщательной компенсации диабета смерть наступает в 3,12% случаев (Баранов В. Г., 1977).

Новорожденные от матерей с сахарным диабетом часто имеют различные дефекты развития (диабетическая фетопатия). Они рождаются отечными, иногда цианотичными, имеют «кушингообразный» вид, с избыточным отложением жира в подкожной жировой клетчатке, «лунообразным» лицом, гипертрихозом, кожными петехиями. Окружность головы ребенка значительно меньше окружности пояса верхних конечностей.

Эти дети (даже при потенциальной предрасположенности к диабету у матери) отличаются большой массой тела (более 4500 г), крупными размерами (длина тела 55—60 см), высокой частотой (до 10%) различных врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы, скелета, неврологических нарушений. Макросомия развивается в результате некомпенсированной гипергликемии у матери. Глюкоза, в избытке проникая через плаценту в кровь плода, вызывает гиперплазию бета-клеток поджелудочной железы, которая начинает функционировать на 12-й неделе внутриутробного развития. Возникает гиперинсулинизм, а инсулин является главным стимулятором анаболических процессов внутриутробного периода. С гиперинсулинизмом связано еще одно осложнение неонатального периода — гипогликемия (у 30—60% новорожденных), выражающаяся в ви-

де судорог, тремора, что часто приводит к роковым последствиям.

Основная причина смерти новорожденных от матерей с диабетом связана с синдромом респираторных нарушений вследствие замедленного развития легких во внутриутробный период. Гиперинсулинемия ингибирует синтез легкими плода лецитина, являющегося компонентом легочного сурфактанта — поверхностно-активного вещества, покрывающего поверхность легочных альвеол, и препятствует их ателектазу (Фелиг Ф., 1985). Особенно высока опасность респираторных нарушений при досрочном родоразрешении (35 нед), когда еще функционально легкие незрелы. Другими метаболическими нарушениями неонатального периода у детей, родившихся от матерей с диабетом, являются гипокальциемия и гипербилирубинемия (Баранов В. Г., 1977).

Противопоказания к пролонгированию беременности следующие:

- наличие прогрессирующих сосудистых осложнений диабета (прогрессирующая ретинопатия, интеркапиллярный гломерулосклероз с почечной недостаточностью, гипертензией);

- инсулинрезистентные и лабильные формы сахарного диабета;

- сахарный диабет у обоих супругов;

- сочетание сахарного диабета с резус-сенсибилизацией матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода;

- сочетание сахарного диабета с активным туберкулезом легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса;

- наличие в анамнезе у больных с компенсированным во время беременности диабетом повторных случаев гибели плодов или рождения детей с пороками развития;

- ювенильный сахарный диабет.

Врач женской консультации должен внимательно наблюдать за беременными с сахарным диабетом, а также выявлять беременных с повышенной степенью риска развития диабета.

Высокий риск развития сахарного диабета представляют беременные с отягощенным семейным анамнезом в плане обменных или гормональных нарушений, осложнениями при предыдущих беременностях: роды крупным плодом (4500 г), уродства плода неясного ге-

неза или наличие у него гиалиновых мембран, многоводие, поздние токсикозы, бактериурия, невынашивание, появление таких жалоб при предыдущих беременностях, как зуд, жажда, общая слабость, полиурия и т. д. Эти осложнения, обнаруженные при настоящей беременности, также имеют важное значение.

При повторном определении в крови повышенного содержания сахара (более 5,5 ммоль/л или 110 мг%) натощак и глюкозурии следует ставить диагноз сахарного диабета.

При наличии у беременной нормогликемии и глюкозурии, а также отягощенного анамнеза и отсутствии глюкозурии показано определение толерантности к углеводам. Следует отметить, что при беременности снижается порог почечной проницаемости для глюкозы, в связи с чем у 2,4—39,7% больных (Шевченко Т. К., 1981) возникает так называемая ренальная глюкозурия. Для достоверного выявления и исключения нарушенной толерантности к углеводам целесообразно каждой женщине при первом же обращении в консультацию по поводу беременности выполнить глюкозотолерантный тест. Так, Т. К. Шевченко (1981) рекомендует определять тест толерантности к глюкозе в I и II половине беременности.

Существуют различные методы определения этого теста, но наиболее физиологичным и удобным для применения в амбулаторных условиях считается тест с нагрузкой 50 г глюкозы. Беременным за 2 дня до пробы рекомендуется не употреблять пищу, богатую углеводами. В день проведения пробы натощак берут кровь из пальца, затем дают выпить 50 г глюкозы, растворенной в 200 мл воды и в последующем берут кровь из пальца через 1 и 2 ч после нагрузки. Уровень сахара определяется методами Хагердона—Йенсена или ортотолуидиновым.

Результаты этого теста оценивают по общепринятым критериям: нормальный — сахар крови натощак не выше 5,5 ммоль/л (100 мг%), через 1 ч после перорального введения глюкозы — не выше 8,8 ммоль/л (160 мг%), а через 2 ч — не более 6,0 ммоль/л (110 мг%); сомнительный — если в одном из временных интервалов уровень сахара превышает норму.

Основные принципы ведения беременных, страдающих сахарным диабетом, заключаются в компенсации диабета, профилактике и лечении осложнений беременности, своевременной госпитализации.

При каждом посещении врача у беременной необходимо определять уровень сахара в крови, моче и ацетона в моче в I половине беременности, не реже 2—3 раз в неделю — во II. Обязательна сдача мочи 1 раз в месяц по Зимницкому, Нечипоренко.

Проводятся биохимические исследования крови: общий белок, билирубин, холестерин, фибриноген, протромбин, тромботест, время свертывания, мочевины, остаточный азот. Выполняется электрокардиография.

В I половине беременности женщина посещает акушера-гинеколога 2 раза в месяц, 1 раз терапевта, эндокринолога, окулиста; во II — соответственно 1 и 2 раза в неделю. Во время беременности больная госпитализируется не менее 3 раз. Первая госпитализация осуществляется сразу же после установления беременности для оценки здоровья женщины, подбора компенсирующей противодиабетической терапии, вторая — на 20—28-й неделе беременности, когда в связи с утяжелением диабета необходима коррекция инсулинотерапии, третья — в 33—36 нед на родовую подготовку: для выявления диабетической фетопатии и выбора оптимального срока и метода родоразрешения.

Благоприятный исход беременности и родов, а также состояние новорожденного во многом зависят от правильных и согласованных действий акушера-гинеколога и эндокринолога по достижению компенсации сахарного диабета инсулинотерапией и рациональной диетой. Эндокринолог проводит лечение, разрабатывает рациональную схему питания, а акушер-гинеколог следит за течением гестационного периода.

Показателем достаточной компенсации диабета можно считать только такое состояние, при котором удается удерживать уровень глюкозы в крови в течение суток в пределах 4,4—6,6 ммоль/л (80—120 мг%).

У беременных, склонных к развитию гипогликемических состояний или не имеющих возможности строго соблюдать рекомендованную диету, в I триместре беременности для профилактики гипогликемии допустимо несколько более высокое содержание сахара в крови — 6,6—8,8 ммоль/л (120—160 мг%) с постепенным снижением концентрации до нормы во II половине (Грязнова И. М., Второва В. Г., 1985).

Сахарный диабет у беременных необходимо лечить простым или пролонгированным инсулином. Гипогликемические сульфаниламидные препараты (бутамид, хлор-

пропамид и др.) противопоказаны в связи с их способностью проникать через плацентарный барьер в организм плода. Использование их в I триместре может привести к аномалии развития глаз, мозга, неправильному формированию костей лица у плода (Шехтман М. М., 1980).

Инсулинотерапию при беременности следует начинать как можно раньше даже при легком течении диабета. Для лечения беременных чаще применяют комбинацию инсулина короткого действия с препаратами средней продолжительности или продленного действия.

Простой инсулин действует через 20—30 мин, максимум его действия наступает через 2—3 ч после введения, а общая продолжительность — в среднем 6—7 ч. Соответствующие показатели для полупродолжительного инсулина — 1, 6—7, 12—16 ч, для пролонгированного — 12—16 и 24—30 ч.

В настоящее время достаточно широко используют натощак и вечером два препарата: инсулин средней продолжительности действия (инсулин Б), а в случае появления гипергликемических пиков — введение небольших (4—8 ЕД) доз быстродействующего инсулина. При стабильном течении диабета иногда ограничиваются одной инъекцией (Грязнова И. М., Второва В. Г., 1985).

Лечение беременных только простым инсулином рекомендуется при непереносимости препаратов пролонгированного действия, наличии кетоацидоза и в раннем послеоперационном периоде, когда в связи с лабильностью обменных процессов возникает необходимость частого изменения дозы инсулина, а также целесообразнее перейти на дробное введение инсулина и в родах с одновременным капельным введением 5% раствора глюкозы. После родов суточную дозу инсулина снижают в 2—3 раза. Через 3—5 дней, по мере увеличения гликемии, ее постепенно повышают (Грязнова И. М. и др., 1985).

Диету назначают в соответствии с принципами лечебного питания больных диабетом. Ее энергетическая ценность определяется из расчета 30—35 ккал/кг. Жиры составляют 50—70 г/кг, количество белка увеличивается до 2 г/кг, остальную часть обеспечивают за счет углеводов. Если потеря сахара в связи с ренальной глюкозурией велика, то ее компенсируют добавлением в рацион соответствующего количества углеводов. Необ-

ходим систематический контроль за массой тела женщины — она не должна превышать за беременность 10—12 кг (Мазовецкий А. Г., Великов В. К., 1987). В рацион питания обязательно должны включаться витамины и липотропные вещества. Следует отметить, что разгрузочные дни у беременных с сахарным диабетом противопоказаны. У беременных, страдающих ожирением, калорийность пищи должна быть уменьшена до 1600—1900 ккал (Грязнова И. М., 1985).

У больных сахарным диабетом всегда предпочтительнее естественное родоразрешение на 38—40-й неделе беременности. Показанием к родоразрешению путем кесарева сечения являются прогрессирующие во время беременности сосудистые осложнения со стороны глаз, почек, лабильное течение диабета, прогрессирующая гипоксия плода, тяжелый токсикоз беременности, тазовое предлежание, гигантские размеры плода, выявленные путем ультразвукового исследования (Второва В. Г. и др., 1982). Искусственное родоразрешение производят при сроке не менее 36—37 нед беременности.

Из методов контрацепции наиболее удобны ВМС.

ОЖИРЕНИЕ

В настоящее время ожирение встречается у 8—11% беременных. В 70—75% случаев возникновение его связано с избыточным питанием при пониженных энергетических затратах. Алиментарно-обменное ожирение нередко приводит к следующим изменениям в эндокринной, нервной и других системах.

В патогенезе ожирения важную роль играют нарушения со стороны центральной нервной системы и желез внутренней секреции. К поражениям центральной нервной системы, сопровождающимся ожирением, приводят опухоли дна третьего желудочка мозга, травмы головного мозга, энцефалиты и др. При патологических процессах в диэнцефально-гипофизарной области нередко возникает адипозогенитальная форма ожирения.

В патогенезе ожирения большое значение имеет островковый аппарат поджелудочной железы, который в повышенном возбуждении выделяет в ответ на введение избытка углеводов повышенное количество инсулина. Так возникает хроническое повышение функциональной активности инсулярного аппарата, при этом избыточное количество сахара превращается в гликоген, а

гликоген переходит в жир. Накопление его в соответствующих жировых депо приводит к ожирению. Недостаточность функции щитовидной железы вызывает снижение продукции тироксина и жирового обмена, что сопровождается избыточным отложением жира.

В процессе ожирения важная роль принадлежит гипопиту. В его происхождении большое значение имеет недостаточность функции яичников. Снижение продукции половых гормонов, особенно эстрогенов, нередко приводит к развитию ожирения. Следует отметить, что его изолированные формы, связанные с поражением какой-либо одной эндокринной железы, встречаются относительно редко, чаще бывает сочетание различных патогенетических факторов.

В связи с тем, что во время беременности происходят значительные изменения гормонального баланса в организме (повышение продукции прогестерона, выделения хронического гонадотропина, уменьшение содержания эстрогенов и т. д.), в этот период возникает ожирение. Наибольшее значение имеет дефицит эстрогенов, который сопровождается понижением обмена веществ и окислительных процессов в тканях и отложением жира.

В патогенезе ожирения во время беременности большая роль принадлежит нарушениям углеводного обмена. При беременности в повышенном количестве выделяются глюкокортикостероиды (в надпочечниках) и гликоген (в поджелудочной железе). Эти гормоны обуславливают состояние гипергликемии, в результате может наблюдаться снижение функции инсулярного аппарата поджелудочной железы с последующим усиленным превращением углеводов в жиры. Известную роль во время беременности играет превышение калорийности пищи над ее расходом.

Возникновению эндокринно-обменных форм ожирения способствуют повторные аборт, патологические роды, хирургические вмешательства на яичниках, перенесенные до настоящей беременности. Имеют значение последствия инфекционных заболеваний, перенесенных в детском возрасте (тонзиллит, вирусный гепатит и др.), а также нарушения в становлении менструальной функции в период полового созревания.

Снижение адаптационных и защитных механизмов, способствующих развитию ожирения, приводит к большому числу осложнений гестационного периода. Так,

по данным Л. В. Квитковой, Г. А. Ушаковой (1980), В. И. Мордуховича (1986), частота осложнений беременности и родов колеблется от 62,6 до 80,8%. При этом частота и тяжесть осложнений находятся в прямой зависимости от степени тяжести ожирения.

Довольно часто наблюдается прерывание беременности в ранние и поздние сроки беременности. Типичным осложнением беременности являются поздние токсикозы, которые возникают у каждой второй женщины еще в I половину беременности и принимают рецидивирующий характер (Мордухович В. И., 1986).

Ожирение часто протекает на фоне экстрагенитальной патологии (сердечно-сосудистые заболевания, патология почек, анемия), причем сочетанная патология приводит к еще большему числу осложнений беременности и родов, в частности эндокринно-обменные формы ожирения — к перенашиванию.

Течение родов осложняется преждевременным излитием околоплодных вод, аномалией родовой деятельности (особенно ее слабостью), преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, гипотоническим кровотечением. Плацентарная недостаточность, имеющаяся при ожирении, приводит к хронической внутриутробной гипоксии, гипотрофии плода; в родах — к асфиксии. Довольно часто рождаются дети с большой массой тела, что обуславливает возникновение клинически узкого таза. Из-за перечисленных осложнений родового акта применяются родоразрешающие операции (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, кесарево сечение и др.).

Прогнозирование осложнений течения беременности и родов еще в женской консультации, безусловно, будет способствовать снижению материнской и перинатальной смертности. Использование таблицы факторов риска осложнений у беременных с ожирением (табл. 19) даст возможность еще в I триместре беременности прогнозировать осложнения и соответственно провести профилактические мероприятия (Мордухович В. И., 1986).

В условиях женской консультации необходимо строгое наблюдение за беременными с избыточной массой тела: в I половине 1 раз в месяц, во II — 2. Обследование должно быть направлено на выявление признаков претоксикоза, а также сахарного диабета (определение содержания сахара в крови натощак, в суточной моче, сахарная кривая с нагрузкой). Беременную должны

Оценка факторов риска осложнений у беременных с ожирением
(Мордухович В. И., 1986)

Факторы риска	Риск развития осложнений, баллы		
	нефропатия	перенашивание	слабость родовой деятельности
Возраст, лет			
до 20	2	1,5	2
21—25	1	1	1
26—30	1,5	1,5	1,5
31—37	2,5	2,5	2,5
38 и выше	3	3	3
Первобеременные	1	1,5	1,5
Первородящие	1,5	2	2
Паритет			
повторнородящие	1,5	1,5	1,5
многорожавшие	2	3	3,5
Становление менструальной функции, лет			
10—13	0,5	1	0,5
14—15	1	2	1
16—17	1,5	3	1,5
Наступление первой беременности			
в 1-й год	0,5	1	0,5
через 1 год	1	1,5	1
2 года	1,5	2	1,5
3—5 лет	2	2,5	2
6 лет и более	2,5	3,5	2,5
Соматический анамнез:			
детские инфекции	0,5	0,5	0,5
хронические заболевания ЛОР и дыхательных органов	0,5	0,5	0,5
аллергические заболевания	0,5		
заболевания почек	3		0,5
заболевания печени и желудочно-кишечного тракта	0,5	0,5	0,5
грипп, острые респираторные заболевания	0,5	0,5	0,5
Акушерский анамнез:			
бесплодие	0,5	1,5	1
дисфункция яичников	0,5	—	1,5

Факторы риска	Риск развития осложнений, баллы		
	нефропатия	перенашивание	слабость родовой деятельности
аборт:			
самопроизвольные			
1	0,5	1,5	1
2 и более	1	2,5	1,5
артифициальные			
1	0,5	1	0,5
2 и более	1	2	1
Интервал между:			
абортом — 1 год	1	—	1,5
данной и предыдущей беременностью — 2 года и более	0,5	—	0,5
беременностью и родами — 1 год	1	—	1,5
беременностью, закончившейся:			
преждевременными родами	1		1,5
перенашиванием	1,5	4	2
слабостью родовой деятельности	2,5	3,5	4
нефропатией	4	—	3
отеками, гипертензией	2	—	1
акушерскими кровотечениями	1,5	—	2,5
крупным плодом	1	2	1,5
мертворождением	2	—	1
Осложнения данной беременности			
Ранний токсикоз	2	1	0,5
Пиелонефрит	5	1	0,5
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	2	1	0,5
Угроза прерывания беременности	1,5	1	0,5
Артериальная гипотензия	1,5	1	—
Артериальная гипертензия	3	1,5	1
Анемия	1	1	0,5
Отеки		1,5	1,5
Нефропатия, степень:			
I		3	3

Факторы риска	Риск развития осложнений, баллы		
	нефропатия	перенашивание	слабость родовой деятельности
II		4	5
III		5	7
Крупный плод		4	2
Перенашивание, нед:			
1—2			4
3—4			6
Зрелость шейки матки в 38—39 нед беременности, степень:			
I		8	9
II		4	6
III		2	4
Ожирение, степень:			
I	15	10	8
II	20	16	12
III	24	18	18
Степень риска:			
низкая	Менее 16	Менее 19	Менее 15
средняя	16—36	19—37	16—31
высокая	Более 36	Более 37	Более 31

наблюдать терапевт и эндокринолог. Обязательна консультация окулиста во II половине беременности. На роды госпитализируют за 10 дней.

Профилактические мероприятия проводят с учетом степени тяжести ожирения. Согласно классификации ожирения, различают I степень — избыток массы тела достигает 25%, II — от 25 до 50%, III — выше 50%. Избыток массы подсчитывают, используя индекс Брока, по которому идеальная масса равна росту в сантиметрах минус сто с прибавкой массы на беременность (к концу ее 10—12 кг). Рациональное питание должно быть дифференцированным, с учетом степени тяжести ожирения, характера трудовой деятельности, срока беременности и времени года. Калорийность пищи должна быть уменьшена за счет жиров и углеводов.

При I степени ожирения можно ограничиться рациональным для здоровых беременных, не допуская увеличения массы тела выше нормы для данного срока беремен-

ности. При II—III применяют диету уменьшенной энергетической ценности, без нарушения соотношения основных компонентов пищи. Энергетическую ценность снижают за счет уменьшения в пище легкоусвояемых углеводов на фоне сниженного содержания жиров и достаточного количества белков. Для уменьшения возбудимости пищевого центра назначают частые (5—6 раз в сутки) приемы пищи, имеющей низкую энергетическую ценность и большой объем, что способствует предупреждению и снижению чувства голода. В рацион включают нежирное мясо, птицу, яйца, крупы (гречневая, перловая), творог, молоко, кефир, овощи и фрукты, различные несладкие соки. Очень хорошо утоляют чувство голода 1 стакан отвара шиповника, 1/2 белка куриного яйца, вспененного с кислородом, с добавлением витаминов С, В.

При II—III степени ожирения рекомендуются разгрузочные дни 1—2 раза в неделю (1—1,5 кг яблок или 1 кг творога с 100 г нежирной сметаны). Рекомендуется профилактическое стационарное лечение беременных в сроки до 12, 20—24 и 32—34 нед по 7—10 дней, направленное на повышение обменных процессов в матке, улучшение маточно-плацентарного кровообращения.

В комплекс лечебно-профилактических мероприятий должны обязательно входить лечебная гимнастика, длительные прогулки на свежем воздухе, повышающие энергозатраты.

Эндокринно-обменные нарушения, имеющиеся у беременных с ожирением, приводят к недостаточному развитию родовой доминанты («незрелая» шейка матки, нарушение сократительной способности миометрия, перенашивание). Поэтому за 1—2 нед до срока родов следует провести оценку степени «зрелости» шейки матки и готовности организма к родам, чтобы своевременно провести лечебные мероприятия. Наиболее рационально для этого использовать метод оценки степени «зрелости» шейки матки по Г. К. Хечинашвили (см. Приложение). Кроме того, при выраженной родовой доминанте появляются сокращения матки через 1—2 мин после поглаживания тела матки.

Согласно рекомендациям В. И. Мордуховича (1986), в женской консультации необходимо оценить степень готовности организма к родам по возбудимости матки при пальпации, расположению подлежащей части плода и степени «зрелости» шейки матки в 37—38 нед.

Все тучные беременные с «незрелой» или «созревающей» шейкой матки должны быть госпитализированы на дородовую подготовку в целях создания витаминно-гормонально-глюкозо-кальциевого фона. Дородовая подготовка рекомендуется также тучным первородящим в возрасте 28 лет и старше, женщинам с крупным плодом, отягощенным акушерским анамнезом, страдающим экстрагенитальными заболеваниями, поздним токсикозом, даже если имеются биологические признаки готовности организма к родам.

В период дородовой подготовки назначают фолликулин или эстрадиола дипропионат (500 ЕД на 1 кг массы тела в сутки в течение 5—7 дней), витамин В₁ (по 1 мл 6% раствора 1—2 раза в день) или кокарбоксылазу (по 50—100 мг), АТФ (1—2 мл 1 раз в сутки внутримышечно), хлористый кальций (по 10 мл 10% раствора), глюкозу (20—40 мл 40% раствора) вместе с 3—5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты (по 3—5 мл 5% раствора внутривенно 1 раз в сутки). Проводится оксигенотерапия по 20 мин 3—4 раза в сутки. Внутрь назначается галаскорбин по 0,5 г 3 раза в день. При выявлении гипопротейнемии рекомендуется коррекция белкового спектра крови, при гипо- или гиперкоагуляции показана коррекция соответствующих показателей (Мордухович В. И., 1986).

Беременные с избыточной массой тела представляют группу «высокого» риска акушерской и перинатальной патологии. Имеется прямая зависимость между степенью тяжести ожирения и частотой и тяжестью осложнений. В женской консультации следует уделять большое внимание этой группе беременных. Рациональное питание, лечебная физкультура, профилактические мероприятия дают возможность предупредить осложнения беременности. Своевременная оценка готовности организма женщины к родам в подготовительный период помогает рационально провести подготовку к родам и тем самым снизить материнскую и детскую смертность.

ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИИ (ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ГРИПП)

Острые инфекции во время беременности встречаются довольно часто и представляют грозную опасность в отношении развития внутриутробного развития плода. Особенно опасно воздействие инфекции до 12 нед бере-

менности, так как возбудитель вируса оказывает эмбриотоксическое действие, причем при течении заболевания на фоне гипертермии еще больше усиливается проникновение возбудителя через плацентарный барьер.

Острые инфекции нередко приводят к угрозе прерывания неразвивающейся беременности, постгриппозной пневмонии, хронической внутриутробной гипоксии, гипотрофии, внутриутробному инфицированию и даже антенатальной гибели плода. Прерывание беременности обычно наступает спустя 2—8 нед после перенесенной острой инфекции.

Роды осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод, перинатальной смертностью, послеродовыми заболеваниями.

Беременная должна посещать терапевта. Кроме общепринятого обследования выполняют общий анализ крови с развернутой формулой.

Лечение беременных с острыми вирусными респираторными заболеваниями следует проводить в условиях стационара, желательно, без антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Рекомендуется обильное питье: горячий чай с медом, лимоном, малиной, смородиной, липовый чай. Назначают глюконат кальция по 0,5 г 3 раза в день, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, 1 лимон в день, при сильном кашле — отвар корня алтея, микстура из термопсиса, при насморке — разведенный кипяченой водой сок чеснока, лука (по 1—2 капли в каждую ноздрю), 3 % раствор эфедрина (по 1—2 капли в течение 2—3 дней).

Профилактические мероприятия с началом эпидемии гриппа — изоляция беременной, ограничение посещения общественных мест, особенно в зимне-весенний период. При начальных признаках заболевания (желательно за 1—2 дня до начала) или при контакте с больным необходимо в течение 3 дней принимать аскорбиновую кислоту по 1 г 3 раза в день, обильное питье. Через неделю после перенесенного заболевания необходимо провести курс сохраняющей терапии в течение 7—10 дней.

Врач женской консультации должен помнить о перенесенной острой инфекции во время беременности и строго следить за состоянием внутриутробного плода (ультразвуковое и кардиомониторное исследование) в 24—26, 32—34 нед, проводить профилактическое лечение, направленное на улучшение маточно-плацентарного кровообращения.

При физиологическом течении беременности до 20 нед особых изменений ЛОР-органов не наблюдается. Позднее часто появляются признаки гипертрофии нижних носовых раковин. При исследовании слуха после 28—30 нед отмечается снижение воздушной костной проводимости на 10—15 дБ, что, вероятно, связано с разрежением костной ткани, обусловленное гипокальциемией слизистой оболочки глотки. Слизистая глотки и гортани в 30—36 нед беременности становится отечной, поверхность миндалин разрыхлена, наблюдается незначительная гиперемия передних дужек (Джаббаров К. Д., 1991).

Беременность у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями ЛОР-органов, часто осложняется невынашиванием, железодефицитной анемией, гипотрофией плода, что в последующем приводит к мертворождаемости, увеличению частоты послеродовых септических заболеваний.

Противопоказания к пролонгированию беременности следующие: острые гнойные заболевания уха, горла, носа, перенесенные в первые 3 мес беременности; рентгенологические, изотопные исследования, прием эмбрионотератогенных препаратов.

Наряду с общепринятым обследованием проводят бактериологический посев из носа и глотки с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам в I и II половине беременности; консультацию оториноларинголога 1 раз в I триместре и 2 раза во II и III.

Профилактическое лечение беременных с хроническими воспалительными заболеваниями ЛОР-органов регулярно проводится в 10, 16 и 28 нед беременности по 7 дней.

Ведение беременных с хроническим тонзиллитом. При компенсированном хроническом тонзиллите необходимо рекомендовать лечебную гимнастику с учетом срока беременности, водные процедуры. Полоскание горла периодически раствором фурацилина или 3% раствором натрия бикарбоната.

У беременных, страдающих хроническим тонзиллитом, со стафилококконосительством следует промывать миндалины диоксилином, фурацилином, применять местное лазеро- и магнитотерапию. Хороший эффект дает полоскание глотки и промывание носа электроактивиро-

ванным водным 0,9% раствором хлорида натрия. При этом следует поочередно полоскать свежеприготовленным в аппарате «Эсперо-1» анализом и катализом.

Профилактическое лечение при хроническом тонзиллите проводят в 16—18, 28—30 и 35—36 нед беременности, а при декомпенсированном — с 8—10 нед.

С профилактической целью назначают аскорутин (по 1 таблетке 3 раза в день), гендевит (по 1 драже 3 раза в день), глюкозу с аскорбиновой кислотой (по 5 мл 5% раствора внутривенно), витамин Е (по 1 капле 3 раза в день), глюконат кальция (по 1 таблетке 3 раза в день). Курс лечения — 10—14 дней. Начиная с 28—30 нед беременности следует применять препараты железа по 10—20 дней.

При частых ангинах показана тонзиллэктомия после родов. При осложнении ангины паратонзиллярным абсцессом в любом сроке беременности следует вскрыть гнойник на фоне антибактериальной, дезинтоксикационной и сохраняющей терапии. В последующем беременность следует вести как с риском развития внутриутробного инфицирования плода и послеродовых септических заболеваний.

Беременных с острым ринитом лечат амбулаторно. Предварительно берут бактериологический посев из носа. В течение 5—6 дней капают нафтизин, галазолин по 1—2 капли 3 раза в день. Назначают сульфаниламидные препараты (этазол, сульфадимезин, норсульфазол) по 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 дней, аскорбиновую кислоту (по 0,3 г 3 раза в день), десенсибилизирующую терапию: димедрол, тавегил (по 1 таблетке 3 раза в день) в течение 5—7 дней.

При вазомоторно-аллергическом рините, кроме сосудосуживающих и десенсибилизирующих препаратов по вышеуказанной схеме, рекомендуются мочегонные средства (гипотиазид по 50 мг или фуросемид по 1 таблетке утром), калий оротат (по 1 таблетке 3 раза в течение 3 дней). На область носа — 6—7 сеансов электромагнитного поля (после 12 нед беременности). При неэффективности консервативного лечения используют ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин в срок от 6 до 30 нед. Этот метод рекомендуется как менее травматичный по сравнению с конхотомией и гальваноакустикой.

Необходимо добиваться восстановления носового дыхания у беременных не только в целях профилактики

заболевания глотки и среднего уха, но и тканевой гипоксии матери и внутриутробной гипоксии плода.

При остром хроническом воспалении околоносовых пазух (гайморит) лечение проводится в стационаре. Назначают антибиотики, сульфаниламидные, антигистаминные препараты, сосудосуживающие капли в нос, после 12 нед беременности — электромагнитотерапию. При гнойном гайморите показано шунтирование верхнечелюстной пазухи для промывания раствором хлорофиллипта и введения антибиотиков.

При пролиферативном процессе (полипоз, гиперплазия слизистой оболочки, нагноившаяся киста) выполняют гайморотомию в срок 16—30 нед беременности или через 2—3 мес после родов. До и после операции обязательно проводят сохраняющую терапию и беременную (родильницу) ведут как с риском возникновения внутриутробного инфицирования плода и послеродовых септических заболеваний.

Следует отметить, что при наличии признаков орбитальных и внутричерепных осложнений осуществляют хирургическое вмешательство по жизненным показаниям.

При хроническом среднем отите беременным назначают глюконат кальция (по 1 таблетке 3 раза в сутки по 7 дней) в 18, 22, 26 и 30 нед в целях улучшения костной проводимости.

Показанием к хирургическому вмешательству являются мастоидит, признаки отогенных внутричерепных осложнений.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Аппендицит встречается у 0,7—1,2% беременных, причем у 3/4 он возникает в I половине беременности и лишь у 1/4 — во II.

Осложнение беременности аппендицитом — один из самых сложных пограничных вопросов акушерства и хирургии. Так, по мнению Н. А. Виноградова (1941), смертность от аппендицита беременных в 10 раз выше, чем небеременных. В основном неблагоприятные исходы заболевания зависят от позднего хирургического вмешательства, что обусловлено трудностью его диагностики.

Возникновению воспалительного процесса в червеобразном отростке способствует ряд факторов: смещение вверх и кнаружи слепой кишки и червеобразного

отростка постепенно увеличивающейся маткой, вследствие чего происходят перегибы и растяжение отростка, нарушение его опорожняемости, разрывание старых сращений, а также ухудшение функционирования червеобразного отростка в условиях изменившихся анатомических соотношений между органами. Немаловажную роль играет наблюдающаяся во время беременности склонность к запорам, что ведет к застою содержимого и повышению вирулентности кишечной флоры. Определенное значение имеют и гормональные сдвиги, приводящие к функциональной перестройке лимфоидной ткани (Иванов Г. И., 1968). Указанные факторы нередко приводят к тяжелому течению аппендицита, осложняющегося деструктивными процессами, перитонитом, особенно во II половине беременности.

Аппендицит при беременности нередко служит причиной самопроизвольных аборт и преждевременных родов, кровотечения. Это обусловлено не только наличием воспалительного очага малого таза, но и последствием хирургического вмешательства. Рождение детей с признаками внутриутробного инфицирования чаще связано с гнойными метастазами, которые из червеобразного отростка проникают в плаценту, децидуальную ткань, плодное яйцо.

Течение аппендицита в I половине беременности почти не отличается от такового у небеременных и существенно отличается во II. Ввиду того, что червеобразный отросток прикрыт маткой, симптомы острого аппендицита бывают замаскированы. Характерно внезапное начало заболевания, жалобы на боли, которые при смещении отростка растущей маткой при беременности локализуются не в подвздошной области, а выше. Следует отметить, что болевой синдром невыражен и чаще его отождествляют с болями, возникающими во II половине беременности вследствие растяжения связочного аппарата матки. Тем не менее тщательный сбор анамнеза дает возможность установить, что сначала боли появились в эпигастральной области, а затем постепенно сместились к месту локализации червеобразного отростка (симптом Волковича — Кохера). Рвота решающего значения не имеет, так как она нередко бывает во время беременности.

При пальпации живота боли локализуются не в правой подвздошной области, а гораздо выше. Локальное поражение мышц из-за перерастяжения брюшной

стенки выражено слабо. При поздних сроках беременности, когда слепая кишка и ее отросток находятся позади увеличенной матки, могут быть отрицательными симптомы Щеткина — Блюмберга, Воскресенского и др.

В этот период, как правило, хорошо выражен псоас-симптом Образцова. Сущность его заключается в болезненности и напряженности подвздошно-поясничной области: больную укладывают на кушетку, поднимают вверх правую ногу, а затем просят самостоятельно ее опустить. При этом больная ощущает глубокую боль в поясничной области справа.

В ряде случаев положительны симптомы Ситковского (при положении больной на левом боку усиливаются боли в правой подвздошной области) и Бартомье — Михельсона (усиление болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении на левом боку).

Температурная реакция (хотя она выражена слабее), лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильным влево и тщательный анамнез дают возможность своевременно и правильно поставить диагноз.

Лечение оперативное. В случае сомнения в правильности диагноза лучше выполнить операцию, чем проводить консервативное лечение с риском развития перитонита. У беременных хирургическая тактика более активная, чем у небеременных. В частности, операция показана даже при картине стихающего приступа острого аппендицита, так как при беременности на фоне измененного иммунологического статуса вероятность деструктивного процесса значительно возрастает. Предпочтительна общая анестезия. Хирургическое вмешательство и послеоперационный период проводят на фоне применения спазмолитиков, прогестерона, витамина Е.

При неосложненных формах аппендицита не возникает вопрос о родоразрешении. Наиболее трудную задачу у беременных представляет гнойный перитонит как осложнение аппендицита, летальность при котором очень высокая (по данным различных авторов — 23—55% для матери и 40—92% для плода), особенно в поздние сроки беременности. Это обусловлено снижением пластических свойств брюшины при беременности, оттеснением вверх сальника и других брюшинных образований, наличии огромной полнокровной всасывающей поверхности матки, вследствие чего интоксикация развивается более бурно, чем вне беременности.

В настоящее время при разлитом перитоните производят под общей анестезией срединную лапаротомию, эвакуацию гноя, аппендэктомию, туалет брюшной полости и устанавливают дренажи для инфузии антибиотиков. К перитонеальному диализу прибегают крайне редко. Операционную рану зашивают наглухо. При доношенной или почти доношенной беременности (36—40 нед) ввиду неизбежности родов на фоне перитонита операцию начинают с кесарева сечения, затем после ушивания матки и перитонизации шва производят аппендэктомию и все дальнейшие манипуляции по поводу лечения перитонита.

Хирургическая тактика в родах зависит от их течения и клинической картины аппендицита. Так, если роды протекают нормально при клинической картине катарального или флегмонозного аппендицита, необходимо способствовать быстрейшему естественному родоразрешению и затем произвести аппендэктомию. Если на фоне нормального течения родов имеется клиническая картина гангренозного аппендицита, то необходимо временно купировать сократительную деятельность матки, произвести аппендэктомию и затем стимулировать родовую деятельность. В условиях патологических родов нужно произвести кесарево сечение и аппендэктомию при любой клинической картине аппендицита.

Независимо от срока беременности беременную с аппендицитом госпитализируют в хирургическое отделение, где она находится под наблюдением хирурга и гинеколога.

Глава III. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

При ведении беременных, входящих в группу риска, акушер-гинеколог, терапевт, хирург и другие специалисты сталкиваются с очень серьезной и трудной проблемой — воздействием лекарственных препаратов на плод. Важность этой проблемы обусловлена тем, что лекарственные средства приходится использовать при многих видах акушерской патологии, а при экстрагенитальных заболеваниях — на протяжении всего периода гестации.

Почти все лекарственные препараты в той или иной степени проникают через плаценту (в ранние сроки через трофобласт, хорион, амнион) и попадают в организм плода. Неблагоприятное влияние фармакологиче-

ских средств на плод зависит от скорости, степени их перехода через плаценту, дозы препарата, длительности его применения и методов введения.

Высоко проницаема плацента для препаратов, растворимых в липидах и имеющих невысокую молекулярную массу. Степень проницаемости плаценты для лекарств зависит от ее барьерной функции, в плаценте содержится около 100 ферментов (Соради И., 1984), которые выполняют сложнейшие функции, в частности участвуют в метаболизме лекарств. Поэтому одни препараты переходят к плоду в неизменном виде (например, антибиотики), другие в виде метаболитов, оказывающих влияние на плод. Индекс проницаемости плаценты к различным медикаментам неодинаков. Для большинства антибиотиков он равен 50%. Так, содержание полусинтетических пенициллиновых препаратов в крови плода составляет 10—20% от наивысшей концентрации их в крови матери, антибиотиков тетрациклинового ряда — 66—70% (Кирющенко А. П., 1978). Очень высок индекс проницаемости для наркотических препаратов, ряда нейролептических средств, салицилатов, сульфаниламидов и др. Например, тиопентал-натрия, эфир, трилен, морфин, атропин обнаруживаются у плода через несколько минут и даже секунд после введения их матери. Аминазин определяется у плода через 30—45 мин в равной концентрации, а затем его метаболиты в моче новорожденного определяются еще несколько дней. Фуросемид выявляется через 5 мин в равной концентрации в пуповинной крови и у матери, в связи с чем возможна дегидратация, обусловленная повышенным выделением из организма плода воды и натрия (Маркова И. В., Шабалов Н. П., 1984).

С осторожностью следует применять седативные средства и транквилизаторы, особенно барбитураты и анальгетики, так как при комбинации их воздействие на плод увеличивается в 3—5 раз.

Многочисленный опыт клиницистов показывает, что только своевременная терапия беременных, страдающих туберкулезом, сахарным диабетом, гипо- и гипертиреозом, поздним токсикозом, анемией и другими заболеваниями, позволяет женщине доносить ее будущего ребенка, снизить перинатальную патологию и смертность. Поэтому акушер-гинеколог, терапевт и другие специалисты при проведении медикаментозного лечения должны придерживаться следующих принципов:

— лекарственные препараты назначать только по показаниям, непродолжительное время и в оптимальных дозировках (умеренных и небольших, разовых или курсовых), обуславливающих терапевтический эффект;

— не использовать одновременно несколько препаратов;

— не применять новые лекарственные средства, действие которых на организм матери и плода не изучено;

— строго подходить к назначению профилактического лечения. Применять его только при наличии экстрагенитального заболевания.

Лекарственные препараты, используемые у беременных женщин, могут вызвать три варианта воздействия на будущего ребенка: эмбриотоксическое, тератогенное, фетотоксическое. Эмбриотоксическое возникает в первые 3 нед после оплодотворения и заключается в отрицательном влиянии лекарств на зиготу и бластоцисту, находящуюся в просвете маточных труб или полости матки (до имплантации). Тератогенное действие может развиваться с начала 4-й до конца 8-й недели беременности и приводит к различным нарушениям плода, возникновению аномалий внутренних органов и систем. Пороки развития зависят не только от лекарственных препаратов, но и от возраста беременных (моложе 17 и старше 35 лет), ее здоровья, генетической предрасположенности, дозы и длительности введения препарата.

По степени опасности развития тератогенного эффекта лекарственные препараты можно разделить на три группы (Гусель В. А., Маркова И. В., 1989):

— I — чрезвычайно опасна для развивающегося плода и поэтому абсолютно противопоказана беременным. Прием этих препаратов следует прекращать не менее чем за 6 мес до планируемой беременности;

— II — менее опасные вещества, назначаемые больным эпилепсией, сахарным диабетом, злокачественными опухолями и др.;

— III — вещества, вызывающие пороки при располагающих условиях (I триместр, возраст беременной, большие дозы).

Фетотоксическое действие является следствием выраженного характерного для данного лекарства воздействия на плод или специфического для препарата нежелательного эффекта. Например, индометацин приводит к закрытию артериального протока у плода до

Таблица 20

Продолжение табл. 20

Лекарственные препараты, противопоказанные во время беременности

Препараты	Действие	Срок беременности (триместр)
Барбитураты: барбитал, фенобарбитал	Э, поражает ЦНС	I
Препараты морфина	Э	I
Препараты наперстянки	Э	I
Транквилизаторы: элениум	Э	I
Цитостатики: меркаптопурин, митейран и др.	Э, Т	Всю беременность
Иммунодепрессанты: имуран, азотиоприн, деллагил, резохин	Э, Т	То же
Мочегонные, содержащие ртуть	Э	«
Сульфаниламиды длительного действия	Э, Т (ядерная желтуха)	I, II
Желчегонные: барберин	Э	I
Белладонна, атропин	Э, раскрывают шейку матки, нарушают иннервацию плодного яйца, формирование плаценты	I
Невиграмон, 5-НОК, фурадонин, фуразолидон	Э	I
Бисептол	Э, Т	Всю беременность
Промедол	Сокращение миометрия	I, II
Хлоридин	Э	I
Хинин	Э	I
Ингибиторы углеводного и белкового обмена: йодацетат, актиномицин	Э, Т ³	I, II
Адреналина гидрохлорид	Э, Т	Всю беременность
Гормоны: андрогены, соматотропин, синтетические прогестины	Э, Т	То же
Антибиотики: стрептомицин	Т, нарушает функцию вестибулярного и кохлеарного аппарата	«
Левомецетин	Угнетает кроветворение	«
Тетрациклины	Э, Т	«
Нитроглицерин, нитронол, эринит	Т, метгемоглобинемия	«
Антигистамины: дикумарин, пелентан	Геморрагический синдром	«
Пропранолол, обзидан	Сокращение миометрия	I, II

Препараты	Действие	Срок беременности (триместр)
Апрессин	Внутриутробная гибель плода	Всю беременность
Гексоний, центамин	Кишечная непроходимость, атония мочевого пузыря, гибель плода	То же
Талидомид	Т ¹	«
Метотрексат, триметроприм	Т ¹	«
Противоэпилептические средства: дифенин, гексамидин, фенобарбитал, вальпроевая кислота	Т ²	«
Пероральные сахароснижающие препараты: бутамид, букарбан, цикламид, хлорпропамид, глибутид	Э, Т ²	«
Анаприлин	Т ³	«
Препараты раувольфии	Ринит, конъюнктивит, гиперсекреция бронхов у плода	После 32 нед
Нейролептики	Э, Т	I, II

Примечание. Э — эмбриотоксическое действие, Т — тератогенное, 1 — абсолютно противопоказаны, 2 — назначать по строгим показаниям; 3 — относительно противопоказаны.

наступления родов, бета-адреномиметики нарушают углеводный обмен, аминогликозидные антибиотики действуют ототоксически.

Лекарственные средства, противопоказанные при беременности, приведены в табл. 20.

Фармакологические вещества выводятся с молоком в составе жировых шариков, связанных с жирами, белками. Влияние лекарств, попадающих с молоком матери, обуславливают следующие моменты:

— при соотношении концентрации препарата в молоке и плазме матери больше единицы очень высока вероятность сильнодействующего эффекта. Так, коэффициент соотношения молоко/плазма равен единице и выше у тиопентала-натрия, мепротана (мепробамат), спирта этилового, эритромицина, сульфамидазина, азоназида, анаприлина, ацетилсалициловой кислоты;

Лекарственные препараты, назначаемые с осторожностью
кормящим матерям

Препараты	Действие
Теofilлин	Беспокойство, бессонница, раздражительность, тахикардия, тремор
Резерпин	Сонливость, отек слизистой оболочки носа, отказ от груди, гиперкриния в бронхах, понос
Мочегонные средства — тиазиды	Тромбоцитопения
Дифенин (с фенобарбиталом)	Метгемоглобинемия, петехии на коже, сонливость, коллапс
Контрацептивы, содержащие эстрогены и прогестерон	Тормозят лактацию. Гинекомастия у новорожденного мужского пола
Антигистаминные: дипразин	Сонливость, отказ от груди
Слабительные средства: препараты сенны	Кишечные колики, понос
Атропинсодержащие препараты	Инттоксикация. Угнетают лактацию
Салицилаты, анальгин	Сыпь, геморрагии, нарушение дыхания, ацидоз
Препараты брома	Сыпь, сонливость или беспокойство
Индометацин	Судороги
Тетрациклины	Разнообразное воздействие
Сульфаниламиды	Билирубиновая энцефалопатия; гемолитическая анемия
Налидиксовая кислота	Гемолитическая анемия

противопоказанные кормящим матерям, в табл. 22 — применяемые с осторожностью.

Кормящим женщинам можно назначать следующие препараты: бензилпенициллин и другие пенициллины, цефалоспорины, аминокликозиды (при отсутствии воспаления слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта грудного ребенка, когда возможно всасывание их существенного количества), эритромицин, олеандомицин, линкомицин, салбутамол, фенотерол, тербуталин, орципреналин, дикумарин, гепарин, дигоксин, строфантин, анаприлин, октадин, аминазин, имизин, амитриптилин, карбамазепин, димедрол, тавегил (средние терапевтические дозы), магния сульфат, слабительные (касторовое масло, бисакодил), антациды, обволакивающие, адсорбирующие средства.

— степень всасывания препаратов из желудочно-кишечного тракта ребенка: чем меньше влияние препарата, тем ниже всасывание;
— токсичность препарата;
— способность препарата к аккумуляции (накопление в организме);
— концентрация лекарств в молоке не зависит от объема лактации;
— концентрация лекарства в молоке не зависит от его содержания в плазме крови;
— время снижения концентрации препарата на 50% в плазме и молоке одинаково;
— чем больше перерыв между кормлением ребенка грудью, тем меньше его концентрация в крови, а следовательно, и в молоке. Кормить лучше перед очередным приемом препарата.

В табл. 21 приведены фармакологические вещества,

Таблица 21

Лекарственные средства, противопоказанные кормящим матерям

Препараты	Действие
Цитостатические средства (циклофосфамид, алкилирующие соединения, винкристин)	Поражают кроветворную, иммунную системы, нарушают рост, дифференцировку тканей и органов. У новорожденного возникает зоб, лейкопения, агранулоцитоз, угнетается функция щитовидной железы
Антитиреоидные препараты (мерказолил, метилтиоурацил)	Вызывают гипотонию мышц, гипотензию, цианоз, нарушают работу почек, сердца у ребенка
Препараты лития Левометицин	Угнетает кроветворную функцию костного мозга, бывает индивидуальная непереносимость
Изониазид	Повреждается печень
Сибазон (диазепам, седуксен)	Неврологические расстройства, сонливость, снижение аппетита, прибавка массы тела и роста, апноэ, гипотензия
Метронидазол (трихопол)	Мутагенное и канцерогенное действие. Рвота, анорексия, диарея, угнетение костного мозга
Амипрадин	Рвота, задержка мочи, кожная сыпь
Наркотические анальгетики	Угнетение дыхания
Фенобарбитал	Ускоряет метаболизм стероидных гормонов
Алкалоиды спорыньи	Рвота, диарея, слабый пульс, гипотензия, судороги. Угнетает лактацию

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Актуальные вопросы акушерской патологии / Под ред. П. С. Сидоровой, Т. К. Шевченко — Ташкент: Издательство имени Ибн Сины, 1991.—184 с.

Бодяжина В. И. Акушерская помощь в женской консультации.— М.: Медицина, 1988.—256 с.

Ванина Л. В. Беременность и сердечно-сосудистая патология.— М.: Медицина, 1991.—224 с.

Грязнова И. М., Второва В. Г. Сахарный диабет и беременность.— М.: Медицина, 1985.—208 с.

Джаббарова Ю. К. Профилактика и лечение железодефицитной анемии у беременных.— Ташкент: Медицина, 1990.—144 с.

Козаченко В. П. Беременность и роды после кесарева сечения.— М.: Медицина, 1979.—160 с.

Корхов В. В., Мац М. Н., Хамидов М. Х. Растительные препараты в акушерстве и гинекологии.— Ташкент: Медицина, 1987.—127 с.

Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н. Послеродовые инфекционные заболевания.— М.: Медицина, 1984.—160 с.

Лопаткин Н. А., Шабад А. Л. Урологические заболевания почек у женщин.— М.: Медицина, 1985.—240 с.

Мазовецкий А. Г., Великов В. К. Сахарный диабет.— М.: Медицина, 1987.—228 с.

Мануилова И. А. Современные контрацептивные средства.— М.: Медицина, 1983.—128 с.

Мордухович А. С. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.— Ташкент: Медицина, 1989.—136 с.

Мордухович А. С., Джаббарова Ю. К., Пахомова Ж. Е. Взаимоотношения матери и плода при железодефицитной анемии.— Ташкент: Издательство имени Ибн Сины, 1991.—183 с.

Неонатальная патология / Под ред. М. И. Студеникина, Ю. Кольца, Г. Эггерса.— М.: Медицина, 1984.—268 с.

Погорелова А. Б. Беременность и роды у женщин, перенесших кесарево сечение, в регионе высокого паритета.— Автореф. докт. дис.— М., 1990.—36 с.

Преждевременные роды: Пер. с англ. / Под ред. М. Г. Эльдера и Ч. Х. Хендрикса.— М.: Медицина, 1984.—304 с.

Пузырева Н. И., Ларюшкина Р. М., Рыжкова Н. К. Синдром дыхательных расстройств и сурфактант легких у новорожденных.— М.: Медицина, 1987.—144 с.

Репина М. А. Ошибки в акушерской практике.— Л.: Медицина, 1983.—248 с.

Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева.—2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1986.—806 с.

Савельева Г. М., Дживелегова Г. Д., Шалина Р. И. Геморрология в акушерстве.— М.: Медицина, 1986.—224 с.

Савельева Г. М., Федорова М. В., Клименко П. А. и др. Плацентарная недостаточность.— М.: Медицина, 1991.—276 с.

Серов В. Н., Макацария А. Д. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве.— М.: Медицина, 1987.—288 с.

Сидельникова В. М. Невынашивание беременности.— М.: Медицина, 1986.—176 с.

Сидорова Н. С. Многа матки и беременность.— М.: Медицина, 1985.—192 с.

Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение.— Л.: Медицина, 1986.—192 с.

Стругацкий В. М. Физические факторы в акушерстве и гинекологии.— М.: Медицина, 1981.—208 с.

Шехтман М. М. Заболевание почек и беременность.— М.: Медицина, 1980.—184 с.

Шехтман М. М., Бархатова Т. П. Заболевания внутренних органов и беременность.— М.: Медицина, 1982.—272 с.

Шехтман М. М. и др. Физиология и патология органов пищеварения у беременной.— Ташкент: Медицина, 1989.—160 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ДИАГНОСТИКА 30- НЕДЕЛЬНОГО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ

Охрана здоровья матери и ребенка — первостепенная задача любого государства. Именно от здоровья матери зависит рождение полноценного здорового ребенка, а следовательно, будущее и процветание страны.

С 01.12.1990 г. беременным дают декретный отпуск сроком 70 календарных дней. Тридцатинедельный срок беременности устанавливают по следующим критериям.

Анамнез: дата последней менструации, дата первого шевеления, возможный день зачатия, определение срока по первому посещению.

Объективные данные: высота стояния дна матки над лоном — 29—31 см; при росте до 160 см, массе тела до 58 кг — 27—30 см, при выраженном развитии подкожного жирового слоя — 30—32 см. Окружность живота, измеренная на уровне пупка (99 см), колеблется от 95 до 103 см. Лобно-затылочный размер головки плода, измеренный тазомером, равен 10—11 см. Предлежащая часть находится высоко над входом в малый таз и свободно баллотируется.

В случае расхождения полученных данных следует провести ультразвуковое исследование и установить диагноз по совокупности следующих параметров: бипариетальный размер головки — 7,5 (интервал 8,3—6,7), лобно-затылочный размер — 9,8 (10,8—8,8); средний диаметр живота — 8,0 (9,1—6,8), длина бедренной кости — 5,6 (6,3—4,7), длина стопы — 5,5 (6,4—4,8).

Все указанные параметры разработаны во Всесоюзном научно-исследовательском центре по охране здоровья матери и ребенка (1989—1990 гг.).

В сомнительных случаях тридцатинедельный срок беременности устанавливается комиссией из трех врачей акушеров-гинекологов.

При осложненном течении беременности акушер-гинеколог может дать родовую отставку и раньше (28 нед), заключение оформляется решением лечебно-консультативной комиссии.

При осложненном течении родов, оперативном родоразрешении (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов и др.) и различных хирургических вмешательствах, осложнениях послеродового периода отпуск после родов (56 календарных дней при физиологическом течении) увеличивается на 14 дней.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ ПО Г. К. ХЕЧИНАШВИЛИ

«Незрелая» шейка матки — размягчена только периферии, плотноватая по ходу шеечного канала; влагалищная часть сохранена или слегка укорочена, длиной до 3—4 см. Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца; влагалищная часть представляется «мясистой», толстой, ее стенки около 2 см. Шейка располагается в полости малого таза в стороне от проводниковой оси.

«Созревающая» шейка матки — размягчена не полностью, все еще определяется участок плотноватой ткани по ходу шеечного канала и особенно на уровне внутреннего зева. Влагалищная часть ее слегка укорочена, у первородящих наружный зев пропускает кончик пальца или реже шеечный канал проходим для пальца до внутреннего зева, как у повторнородящих. Стенки влагалищной части шейки матки толщиной до 1,5 см, шейка располагается в стороне от проводной оси таза. Предлежащая часть пальпируется через своды недостаточно отчетливо.

«Не полностью созревшая» шейка матки — размягчена почти полностью, лишь в области внутреннего зева еще определяется участок плотноватой ткани: шейка укорочена, канал во всех случаях проходим за внутренний зев. Стенка влагалищной части шейки матки заметно истончена (до 1 см), а сама влагалищная часть расположена ближе к проводной оси таза. Предлежащая часть пальпируется через своды довольно отчетливо, но не настолько, чтобы можно было определить ориентиры на ней.

«Зрелая» шейка матки — полностью размягчена, укорочена или резко укорочена, шеечный канал свободно пропускает один палец и более, не изогнут и имеет типичную форму для перво- и повторнородящих, а также плавно переходит на нижний сегмент в области внутреннего зева. Через своды достаточно отчетливо.

пальпируется предлежащая часть плода. Стенка влажной части значительно истончена (до 4—5 мм), предлежащая часть расположена строго по проводной оси таза.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Эклампсия — выраженный синдром полнорганной недостаточности с характерным нарушением распределения кровотока и органной перфузии, вазоконстрикцией, ухудшением агрегатного состояния крови и нарушением ее реологических свойств, а также всех видов метаболизма. При этом заболевании проводят следующие мероприятия:

- больную укладывают на ровную поверхность, избегая повреждений и поворачивают ее голову в сторону;

- быстро освобождают дыхательные пути, осторожно открывая рот с использованием шпателя, можно и роторасширителя; вытягивают вперед язык языкодержателем или его прошивают кетгутовой или шелковой толстой нитью;

- внутривенно вводят 1—2 мл 2% раствора промедола, 2—4 мл 0,5% раствора дроперидола, 2 мл седуксена (реланиума) и 1—2 мл 2,5% раствора пипольфена;

- внутривенно или внутримышечно вводят 4—6 мл 0,5—1% раствора дибазола и 2 мл 2% раствора папаверина;

- внутривенно вводят 10 мл 2,4% раствора эуфиллина;

- при высоком артериальном давлении вводят ганглиоблокаторы: 1 мл 5% пентамина и др.;

- немедленная госпитализация в реанимационное отделение акушерского стационара;

- родоразрешение.

В основе острого жирового гепатоза беременных лежит острое нарушение жирового обмена в печени, ведущее к нарушению белковообразовательной, дезинтоксикационной функции, углеводного обмена. Развивается острая почечная недостаточность — страдает азотовыделительная, концентрационная, экскреторная функция почек. Происходят тяжелые нарушения в системе гемостаза — нарушается синтез прокоагулянтов, развивается ДВС-синдром. Впоследствии развивается сердечная и

дыхательная недостаточность, часто приводящая к смерти больной.

В условиях стационара необходимо провести дифференциальную диагностику между острым жировым гепатозом беременных, холестатическим гепатозом, вирусным гепатитом (А и В), поздним токсикозом беременных и септическим состоянием. При уточнении диагноза острого жирового гепатоза беременных показано срочное родоразрешение, как и при самых тяжелых формах токсикоза беременных. При отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути показано кесарево сечение.

Диабетическая кома. Начинают с введения больших доз простого инсулина: 50—100 ЕД внутривенно и такую же дозу подкожно. При отсутствии эффекта через 1—2 ч следует повторно ввести внутривенно и подкожно такую же дозу. В дальнейшем каждые 2 ч вводят по 40—50 ЕД инсулина под контролем определения уровня глюкозы и кетоновых тел в крови, сахара и ацетона в моче. Если уровень глюкозы снизился до 13,87—11,1 ммоль/л (250—200 мг%) в крови и 1—2% в моче, а также уменьшилась ацетонурия, дозу инсулина снижают до 20—26 ЕД, а интервалы между инъекциями — 4—6 ч. Инсулинотерапия должна проводиться под строгим контролем, так как очень легко передозировать и привести к тяжелой гипогликемии. После выведения из коматозного состояния, устранения кетонемии, снижения уровня глюкозы до 11 ммоль/л (200 мг%) и глюкозурии ниже 1% можно ограничиться четырехкратным введением инсулина по 10—16 ЕД в сутки.

Параллельно обязательно вводить большое количество хлорида натрия (до 2000 мл), затем через 2—3 ч, когда уровень гипергликемии снижается до 11,1—13,87 ммоль/л (200—250 мг%), назначать 5% раствор глюкозы на изотоническом растворе хлорида натрия, а затем 4% раствор гидрокарбоната натрия (200—250 мл). В сутки вводят не менее 3—5 л жидкости.

Через 4—8 ч после начала лечения при достаточном диурезе больной вводят по 1 г калия хлорида в 4% растворе через каждые 4 ч (3 г в сутки), медленно. Терапию следует проводить под контролем содержания калия в крови и ЭКГ.

Гипогликемическая кома. Лечение следует проводить с введения 20—50 мл 40% раствора глюкозы внутривенно.

Астматический статус. Больную госпитализируют в стационар. Капельно внутривенно вводят смесь, содержащую 10 мл 2,4% раствора эуфиллина и 1 мл 5% эфедрина, растворенную в 300—1000 мл 5% раствора глюкозы (при необходимости добавляют коргликон или строфантин). Введение можно повторить через 8—12 ч.

При недостаточном эффекте внутривенно или внутримышечно вводят 30 мг преднизолона каждые 3 ч до купирования астматического статуса, постепенно увеличивая интервалы между введениями, во время которых вливают 100 мл плазмы или 50 мл 20% раствора альбумина.

При метаболическом ацидозе вводят внутривенно 200 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия, подкожно — 2—4 мл кордиамина для возбуждения дыхательного центра, постоянно через носовой катетер — кислород, периодически в смеси с закисью азота.

Если в течение 1—1,5 ч состояние не улучшается, сохраняется аускультативная картина «немного легкого», приступают с помощью анестезиолога к искусственной вентиляции легких с активным разжижением и отсасыванием мокроты.

При остром пиелонефрите необходимы введение спазмолитиков (баралгин, но-шпа, максиган, папаверин), анальгетиков (анальгин, амидопирин), срочная госпитализация в акушерско-гинекологический стационар (желательно в многопрофильное учреждение) и осуществление следующих мероприятий:

- восстановление нарушенного оттока мочи из почки: укладывание женщины на здоровую сторону, коленно-локтевое положение, при отсутствии эффекта — катетеризация мочеточников, нефростомия;

- антибактериальная терапия: ампициллин, ампиокс, оксациллин, цепорин, кефзол и др., нитроксолин, невидграмон, уросульфам, фурадонин;

- дезинтоксикационная терапия (гемодез, изотонический раствор хлорида натрия, раствор глюкозы, ди-соль и др.);

- десенсибилизирующая терапия (супрастин, димедрол, тавегил);

- назначение спазмолитиков, анальгетиков;
- родоразрешение при отсутствии эффекта от лечения через естественные родовые пути (при их подго-

товленности), кесарево сечение (в условиях observationalного отделения).

СИСТЕМА ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Основным законодательным актом, регулирующим труд женщин, является «Кодекс законов о труде Республики Узбекистан». В специальной главе сконцентрированы правовые нормы, запрещающие применять труд женщин на тяжелых, подземных работах и на работах с вредными условиями труда, переносить и передвигать тяжести, превышающие установленные для них предельные нормы, ограничивающие труд женщин на ночных, сверхурочных работах.

Запрещается отказывать женщинам в приеме на работу или увольнять их, снижать им заработную плату по мотивам, связанным с беременностью или наличием детей в возрасте до 3 лет, а одиноким матерям — до 14 лет (ребенка-инвалида — до 16 лет). Администрация обязана сообщить указанным категориям женщин причины отказа на работу в письменной форме.

Отказ в приеме на работу женщине по мотивам ее беременности, а также отказ в приеме на работу, увольнение с работы или снижение заработной платы матери, кормящей грудью, по этим мотивам влечет за собой уголовную ответственность (статья 143 УК РУз).

Увольнение указанных категорий женщин возможно по инициативе администрации лишь при ликвидации предприятия, учреждения, организации с обязательным трудоустройством.

В целях охраны здоровья будущих матерей законодательство предусматривает возможность снижения норм выработки беременным женщинам, норм обслуживания или перевода на другую легкую работу при сохранении среднего заработка по прежнему месту работы (статья 189 КЗОТ). Данная мера осуществляется при наличии медицинского заключения, в котором указываются необходимость и время перевода беременной женщины, вид более легкой работы. При оставлении на прежнем месте работы следует отметить, какое именно облегчение условий труда должно быть осуществлено.

Женщинам предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 70 календарных дней (с

1 декабря 1990 г.) и 56 (в случае осложненных родов или рождения 2 или более детей — 70) календарных дней после родов. Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщинам полностью независимо от числа дней, фактически использованных до родов.

При беременности и родах больничный листок, на основании которого предоставляется отпуск, выдается врачами женских консультаций, а при отсутствии этих учреждений — акушерами-гинекологами общих лечебных учреждений.

За период отпуска по беременности и родам женщины не выплачивается пособие по социальному страхованию в размере полного заработка независимо от продолжительности трудового стажа работы.

Отпуск по беременности и родам предоставляется также женщинам, окончившим высшее или среднее специальное учебное заведение, аспирантуру, клиническую ординатуру или профессионально-техническое учебное заведение и направленным на работу в установленном порядке, до начала работы, а пособие по социальному страхованию выдается со дня, назначенного для явки на работу.

За время отпуска по беременности и родам за женщиной сохраняются место работы и должность. Это время засчитывается в общий и непрерывный стаж работы, а также стаж, дающий право на ежегодный трудовой отпуск, на дополнительный отпуск в связи с вредными условиями труда и дополнительный отпуск за непрерывную работу на предприятии.

Перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него женщине по ее заявлению может быть предоставлен ежегодный отпуск (статья 193 КЗОТ).

Для создания возможностей материнского ухода за новорожденными и малолетними детьми работающим матерям администрация обязана предоставить частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет с выплатой пособия по государственному социальному страхованию. Кроме того, женщине по ее заявлению предоставляется дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

Право на частично оплачиваемый отпуск до достижения ребенком возраста полутора лет имеют матери,

в том числе женщины-колхозницы, общий трудовой стаж которых не менее одного года. Указанное право распространяется также на женщин, обучающихся с отрывом от производства в высших, средних специальных, профессионально-технических учебных заведениях, аспирантуре, клинической ординатуре, на курсах и в школах по повышению квалификации, переквалификации и подготовке кадров, независимо от трудового стажа.

Частично оплачиваемый и дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком могут быть использованы полностью либо по частям также отцом ребенка, бабушкой, дедом или другими родственниками, фактически осуществляющими уход за ребенком.

В действующем законодательстве имеются нормы, позволяющие создать для женщин благоприятные условия, дающие возможность сочетать труд с воспитанием детей.

Женщинам, имеющим двух или более детей в возрасте до 12 лет, предоставляется дополнительный трехдневный оплачиваемый и двухнедельный отпуск без сохранения заработной платы.

Ежегодный дополнительный трехдневный отпуск предоставляется работающим женщинам, имеющим двух и более детей в возрасте до 12 лет, как правило, одновременно с ежегодным отпуском. По желанию женщины указанный отпуск может быть использован в любое другое время.

Дополнительный двухнедельный отпуск без сохранения заработной платы предоставляется женщинам, имеющим двух или более детей в возрасте до 12 лет, по согласованию с администрацией с учетом интересов производства. Время этого отпуска засчитывается как в общий, непрерывный, так и в стаж работы по специальности. Так, женщины, имеющие детей в возрасте до полутора лет, помимо общего перерыва для отдыха и питания, могут иметь дополнительные перерывы для кормления ребенка. Эти перерывы предоставляются не реже чем через 3 ч, продолжительностью не менее 30 мин каждый. Перерывы для ребенка включаются в рабочее время и оплачиваются по среднему заработку.

По просьбе беременной женщины, имеющей ребенка до 14 лет или осуществляющей уход за больным членом семьи в соответствии с медицинским заключением, ад-

министрация обязана устанавливать ей неполный рабочий день или неполную рабочую неделю. Оплата труда в этих случаях производится пропорционально отработанному времени или в зависимости от выработки.

Женщинам, расторгнувшим трудовой договор в связи с уходом за ребенком в возрасте до 14 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет при условии поступления на работу до достижения ребенком указанного возраста, сохраняется непрерывный трудовой стаж для исчисления пособий по временной нетрудоспособности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов	3
Глава I. Профилактика осложнений в гестационном периоде	5
Группа риска акушерской и перинатальной патологии	5
Течение гестационного периода у женщин различного возраста	9
Гестационный период у многорожавших	14
Многоплодная беременность	16
Профилактика невынашивания беременности	19
Ранний токсикоз беременных	27
Поздний токсикоз беременных (гестоз)	31
Ведение беременных с рубцом на матке. <i>Н. А. Ким</i>	40
Профилактика многоводия	45
Синдром задержки развития внутриутробного плода	49
Профилактика слабости родовой деятельности	53
Профилактика акушерских кровотечений	57
Миома матки и беременность	63
Глава II. Профилактика осложнений при экстрагенитальных заболеваниях	67
Сердечно-сосудистые заболевания	68
Профилактика и лечение железодефицитной анемии у беременных	80
Заболевания почек	92
Бронхиальная астма	101
Сахарный диабет	103
Ожирение	111
Острые инфекции (острые респираторные заболевания, грипп)	118
Заболевания уха, горла, носа. <i>К. Д. Джаббаров</i>	120
Острый аппендицит	122
Глава III. Медикаментозная терапия во время беременности и лактации	125
Рекомендуемая литература	132
Приложения	134
Диагностика 30-недельного срока беременности	134
Оценка степени зрелости шейки матки по Г. К. Хечиннашвили	135
Неотложная помощь при различных заболеваниях	136
Система законодательных актов по охране здоровья женщин	139

Библиотека практического врача

ЮЛДУЗ КАСЫМОВНА ДЖАББАРОВА,
доктор медицинских наук, профессор,
ЖАННА ЕВГЕНЬЕВНА ПАХОМОВА,
кандидат медицинских наук

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И ПОЛИКЛИНИКЕ

Зав. редакцией *Д. Б. Хусанова*

Редактор *В. Н. Рыбакова*

Художник *Д. Файзулина*

Художественный редактор *М. Р. Эргашева*

Технический редактор *В. В. Меццержкова*

ИБ № 2009

Сдано в набор 14.12.93. Подписано в печать 17.05.94. Формат 84×108¹/₂.
Бумага № 2. Высокая печать. Гарнитура литературная. Усл. печ. л. 7,56.
Усл. кр.-отт. 7,77. Уч.-изд. л. 7,3. Изд. № 21—93. Тираж 10 000 экз.
Заказ № 4376. Цена договорная.

Ташкентское издательско-полиграфическое объединение имени Ибн Сино
Государственного комитета по печати Республики Узбекистан.

Издательство имени Ибн Сино, 700129, Ташкент, Навои, 30.

Типография № 1 Государственного комитета по печати Республики Узбеки-
стан. 700002, Ташкент, ул. Сагбан, туп. 1, дом 2.