

# Введение беременных с экстрагенитальной патологией на уровне ПМСП

# Группы риска:

- ▶ Перинатальной патологии со стороны плода
- ▶ Акушерской патологии
- ▶ Экстрагенитальной патологии

# Преэклампсия: проблема

- ▶ Преэклампсия развивается у 2-8% всех беременных
- ▶ Является причиной смерти 50000 женщин ежегодно во всем мире
- ▶ Одна из 3 основных причин материнской смертности
- ▶ В 25% случаев сопровождается рождением детей с очень низкой массой тела (ниже 1500г) и в 15% случаев – преждевременными родами
- ▶ Последствия для матери – эклампсия, почечная и печеночная недостаточность, отек легких, внутримозговые кровоизлияния и др.
- ▶ Последствия плода – плацентарная недостаточность, низкий вес при рождении и недоношенность
- ▶ Повышает перинатальную смертность в 5 раз
- ▶ Относительный риск рождения мертвого плода при преэклампсии повышается в 9,6 раз

# Клиническая классификация (ASOG,ISSHP,SOGC)

- ▶ Хроническая (предшествующая) АГ-это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20 недель беременности. Это гипертоническая болезнь или вторичная симптоматическая гипертензия
- ▶ Гестационная АГ- это повышение АД, впервые во время беременности, зафиксированное после 20 недель беременности и не сопровождающееся протеинурией
- ▶ Прэклампсия- Эклампсия



# Цели лечения!

- ▶ Приемлемые диапазоном значений уровня АД при лечении АГ беременных следует считать показатели :
- ▶ Систолического АД 130-150 мм рт ст
- ▶ Диастолического АД 80-95 мм рт ст
- ▶ Не снижать ДАД ниже 80 мм рт ст- нарушается плацентарный кровоток

# АГ у беременных в МКБ 10

- ▶ O10; O10.0; O10.1; O10.2;  
O10.3; O10.4 ; O10.9; O11;  
O12; O13 ; O14; O14.1; O15.

Перечень основных лекарственных средств  
(имеющих 100% вероятность применения)

Препараты для хронической АГ, гестационной АГ

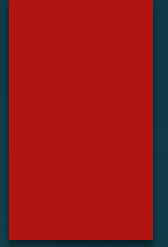
- ▶ Альфа-адреномиметики- Метилдопа
- ▶ Таблетки по 250мг внутрь 500 мг-2000 мг
- ▶ В сутки (средняя терапевтическая доза 1500мг в сутки), в 2-3 приема (максимальная суточная доза в рекомендациях США 3000мг в Европейских рекомендациях 4000мг)
- ▶ Препарат первой линии терапии, умеренная и тяжелая гипертензия

# Альфа, бета- адреноблокаторы

- ▶ Лабеталол 20-50 мг, в/в болюсное введение. Время наступления эффекта 5 мин, повторить через 15-20 мин.
- ▶ Во многих международных рекомендациях является препаратом первой линии или второй линии при АГ у беременных
- ▶ Противопоказан при бронхиальной астме и сердечной недостаточности. Описаны случаи дистресса у плода и брадикардии у новорожденных.



# Селективный бета-адреноблокатор- Метопролол



- ▶ Таблетки по 25/50/100/200мг
- ▶ Внутрь по 25-100мг 1-2 раза в сутки, максимальная доза 200мг в сутки
- ▶ В настоящее время является препаратом выбора при хроническом АГ у беременных

## Антагонисты кальция - Нифедипин

- ▶ 10мг внутрь. Время наступления эффекта 30-45 мин, можно повторить через 45мин
- ▶ Таблетки пролонгированного действия – 20 мг, с модифицированным высвобождением 30/40/60мг. Средняя суточная доза 40-90мг в 1-2 приема в зависимости от формы выпуска, максимальная суточная доза 120 мг

# Показания для госпитализации

- ▶ Показания для плановой госпитализации:
- ▶ Для дифференциальной диагностики АГ неясного генеза
- ▶ Нетяжелая форма преэклампсии (возможна госпитализация в дневной стационар)
- ▶ Показания для экстренной госпитализации:
- ▶ Клинические и/или лабораторные признаки преэклампсии
- ▶ Тяжелая форма АГ

## Объем диагностики пациенток с ВПС при планировании беременности:

- ▶ ЭКГ, холтер мониторинг ЭКГ
- ▶ ЭхоКГ
- ▶ При наличии показаний пациентам проводятся:
- ▶ Суточное мониторирование АД
- ▶ Эргометрическое исследование (стресс-тесты) на базе тредмила и/или велоэргометра
- ▶ Рентгенография ОГК
- ▶ Кислотно-основной баланс и газовый состав крови (по показаниям)



# Организация амбулаторной и стационарной медицинской помощи при беременности

- ▶ Амбулаторное медицинское помощь женщинам с ВПС при беременности оказывается:
- ▶ 1)врачом-акушером-гинекологом женской консультации:
  - ▶ В 1 триместре-каждые 4 недели
  - ▶ Во 2 триместре- каждые 2 недели
  - ▶ В 3 триместре-еженедельно
- ▶ 2)врачом-терапевтом:
  - ▶ До 12 недель
  - ▶ Во 2 и 3 триместре- каждые 2 недели

# Клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики беременных с ВПС в амбулаторных условиях

- ▶ 1) **определение** РФ, СРБ, АСЛО, активности АЛТ, АСТ, ЩФ. АЧТВ
- ▶ 2) активность факторов протромбинового комплекса, содержание фибриногена, D-димера, РКМФ
- ▶ 3) **ЭхоКГ** с определением морфологических и объемно-скоростных характеристик сердца в сроке до 12 недель, затем в 18-22, 28-32 и 36-37 недель гестации
- ▶ 4) **суточное мониторирование** ЭКГ в сроке 18-22 недели, при выявлении нарушений сердечного ритма при клиническом обследовании или на ЭКГ – в любом сроке и с частотой, определяемой врачом-кардиологом.
- ▶ 5) **ЭКГ** каждые 4 недели, а также немедленно при появлении любых признаков декомпенсации ВПС
- ▶ 6) **УЗИ ОБП**- до 12 недель во 2 и 3 триместре по показаниям
- ▶ 7) **СМАД** по показаниям (при АГ или гипотензии, коарктации аорты в том числе оперированной)
- ▶ 8) **УЗИ матки и плода в 11-13 недель**, консультация врача-акушера-генетика, ранняя ЭХО-кардиография плода

# Типы сахарного диабета у беременных

- ▶ 1. Прегестационный СД:
  - ▶ А) СД 1 типа, выявленный до беременности
  - ▶ Б) СД 2 типа, выявленный до беременности
  - ▶ В) другие типы СД
- ▶ 2. Гестационный СД.

# Факторы риска

- ▶ СД 1 тип: отягощенная наследственность по СД 1, некоторые инфекционные заболевания (краснуха, грипп и т.д.)
- ▶ СД 2 тип: отягощенная наследственность по СД 2, ожирение, АГ, гестационный СД в анамнезе; дети, родившиеся массой 4 кг и более; женщины, родившие детей массой 4 кг и более; женщины с выкидышами и мертворождениями в анамнезе



# Критерии диагностики манифестного СД

- ▶ Глюкоза натощак (перерыв в приеме пищи 8-12 часов) - выше 7,1 ммоль/л в плазме венозной крови
- ▶ Через 2 часа при проведении ПТТГ – выше 11,1 ммоль/л в цельной капиллярной или плазме венозной крови
- ▶ Случайная гликемия (гликемия не натощак, независимо от времени предыдущего приема пищи, но не более 8 часов) – выше 11,1 ммоль/л в цельной капиллярной или плазме венозной крови
- ▶ Гликированный гемоглобин( HbA1c) – выше 6,5%.

## Критерии диагностики гестационного СД

- ▶ Глюкоза натощак (перерыв в приеме пищи 8-12 часов) - выше 5,1 ммоль/л в плазме венозной крови
- ▶ Через 1 час при проведении перорального теста толерантности к глюкозе (ПТТГ)- выше 10,0 ммоль/л в цельной капиллярной или плазме венозной крови
- ▶ Через 2 часа при проведения ПТТГ – выше 8,5 ммоль/л в цельной капиллярной или плазме венозной крови
- ▶ Случайная гликемия (гликемия не натощак, независимо от времени предыдущего приема пищи, но не более 8 часов) – выше 7,6 ммоль/л в цельной капиллярной или плазме венозной крови

## Лечение – Диета

- ▶ Прегестационный СД (1 и 2 типа)
- ▶ Калорийность: 1 триместр- 30 ккал/кг ИМТ, 2-3 триместр 35-38 ккал/кг ИМТ.
- ▶ Состав: белки-15%, жиры-30%, углеводы-55%.  
Потребление белка- 1,5-2 г/кг
  
- ▶ Гестационный СД
- ▶ Калорийность: 25-30 ккал/кг ИМТ. Состав: белки-20-25%, жиры 35-40%, углеводы-35-40%.

# Медикаментозное лечение прегестационный диабет-

## Инсулинотерапия (целевая гликемия 3,3-7,0 ммоль/л)

- ▶ Примерочный расчет дозы инсулина и зависимости от срока беременности:

Расчетная доза инсулина, ЕД/кг веса	Срок
▶ 0,6	до 6 недель
▶ 0,7	6-18
▶ 0,8	18-26
▶ 0,9	26-36



# Медикаментозное лечение ГСД- Инсулинотерапия

- ▶ Показания к инсулинотерапии:
- ▶ Невозможность поддержания целевых значений гликемии в течении 1-2 недель с помощью только диетотерапии.
- ▶ Выявление начальных признаков макросомии при проведении УЗИ

## Показания для госпитализации

Плановые для больных с прегестационным СД:

- ▶ В 1 триместре- в стационар эндокринологического профиля или терапевтического
- ▶ В стационар акушерского профиля на 19-20 неделе беременности
- ▶ Больных с 1 и 2 типом СД на 35 неделе, больных с гестационным СД на 36 неделе беременности

### Экстренные

- 1) Диабетический кетоацидоз
- 2) Прекома или кома (кетоацидотическая, гипогликемическая)
- 3) Прогрессирование сосудистых осложнений (ретинопатий, нефропатий)
- 4) Инфекция, интоксикации.

# Особенности течения гриппа у беременных

- ▶ Беременные женщины, больные гриппом требуют госпитализации в 4 раза чаще, чем небеременные
- ▶ Наиболее тяжело протекает грипп у пациентов в третьем триместре беременности
- ▶ Более 8% госпитализированных (преимущественно в третьем триместре заболевания) требуют проведения интенсивной терапии
- ▶ Показатель летальности от гриппа среди пациентов в третьем триместре максимален и достигает 16,9%, а уровень смертности среди всех госпитализированных взрослых составляет 6%.
- ▶ Преждевременные роды у беременных с гриппом наблюдаются в 3 раза чаще
- ▶ Перинатальная смертность в 5 раз выше

# Пневмония, как фактор риска акушерских осложнений

- ▶ Плацентит
- ▶ Многоводие
- ▶ Самопроизвольные выкидыши
- ▶ Преждевременные роды
- ▶ Нарушения плацентарного кровотока
- ▶ Послеродовой эндометрит
- ▶ Сепсис



# Ключевые возбудители пневмоний при гриппе

- ▶ *Streptococcus pneumoniae*
- ▶ *Haemophilus influenzae*
- ▶ *Staphylococcus aureus*
- ▶ *Streptococcus pyogenes*

# Гриппозная пневмония

- ▶ Аускультативная картина: на начальных этапах дыхание ослаблено, возможно крепитация или рассеяные сухие хрипы
- ▶ В терминальной стадии хрипы практически не выслушиваются, дыхание значительно ослаблено при выраженном тахипноэ
- ▶ Рентгенологическая картина: усиление легочного рисунка без признаков очаговых инфильтративных изменений
- ▶ При прогрессировании болезни-двухсторонние сливные инфильтративные изменения
- ▶ Обращаем на лейкопению

# Показания для госпитализации при гриппе у беременных

- ▶ Тяжелое течение гриппа (выраженная интоксикация с повышением температуры более 39,5, развитие признаков органной недостаточности)
- ▶ Лихорадка выше 38,5, в течение 48 часов, не купирующаяся НПВС в рекомендуемых дозах
- ▶ Стойкий постоянный кашель, сопровождающийся одышкой, кровохаркание или появление прожилок крови в мокроте
- ▶ Подозрение на пневмонию или другие осложнения
- ▶ Принадлежность к группе риска по тяжелому и осложненному течению гриппа в случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи в течение 48 часов
- ▶ Появление признаков вовлечение в процесс центральной нервной системы
- ▶ КУДА? Инфекционная больница!

# Диагностика гриппа

- ▶ Для подтверждения диагноза «грипп» используются различные стандартные методы, позволяющие подтвердить наличие вируса или идентифицировать инфекционный агент ОРВИ, в том числе:
- ▶ Обнаружение РНК или ДНК вирусов гриппа и ОРВИ( РС вирус, вирусы парагриппа, коронавирусы, риновирусы, аденовирусы, бокавирус) при исследовании мазков из носоглотки и задней стенки глотки методом ПЦР
- ▶ Выявление вирусов гриппа методом заражения куриных эмбрионов или переливаемых
- ▶ Культур из отделяемого слизистой носа вирусологическим методом



# Терапия гриппа у беременных

- ▶ Всем беременным женщинам с гриппом в любом триместре показано назначение этиотропной терапии как можно раньше от дебюта заболевания.
- ▶ Препараты выбора- Озельтамавир (Тамифлю, Флустоп) 75мг 2 раза в день №5; Занамивир (Реленза) 10мг (две ингаляции по 5мг 2 раза в день №5

# Основные причины материнской летальности

- ▶ Недооценка объема кровопотери и тяжести больной
- ▶ Запоздалый и неадекватный гемостаз
- ▶ Неверная тактика инфузионно- трансфузионная терапии
- ▶ Нарушение этапности акушерской помощи