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 стнарушается 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, бетта- 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 бетта- 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

Антогонисты 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 мониторирование ЭКГ
- ЭхоКГ
- При наличии показаний пациентам проводятся:
- Суточное мониторирование АД
- Эргометрическое исследование (стресстесты) 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-акушерагенетика, 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 заболевани (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 проведения 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 инсу	улина, 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

- Sreptococcus pneumonia
- Haemophilus influenza
- 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 исследование мазков из носоглотки и задней стенки глотки методом ПЦР
- Выявление вирусов гриппа методом заражение 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