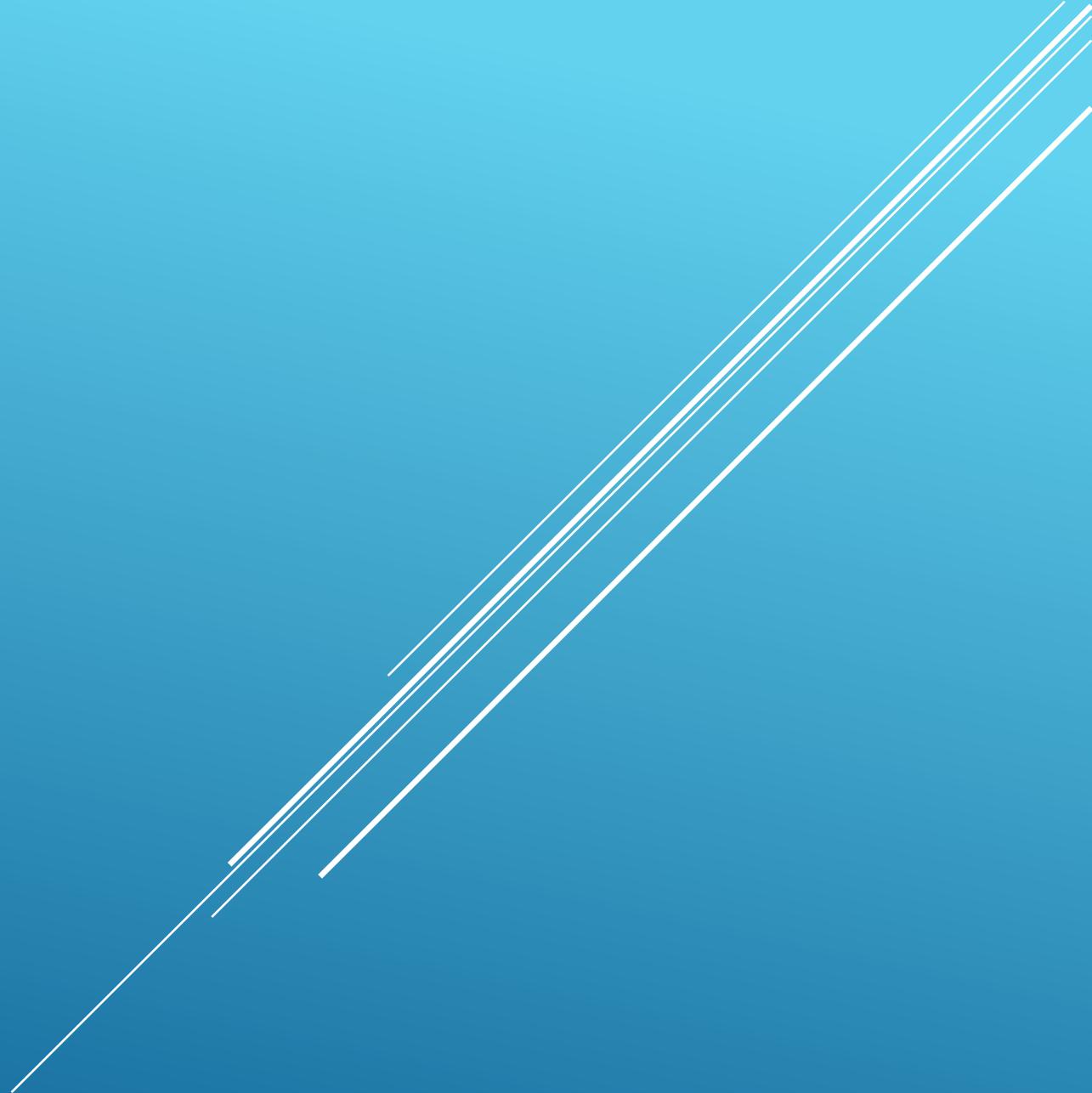


ТЕМА 5

ПОНОМАРЕВА 163-а



БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

АГ — состояние, при котором у беременных регистрируется САД ≥ 140 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст. Необходимо подтвердить повышение уровня АД, как минимум, двумя измерениями с интервалом не менее 15 мин на той же руке. О наличии АГ при самостоятельном измерении АД беременной в домашних условиях или при проведении суточного мониторирования АД (СМАД) свидетельствует уровень АД $\geq 135/85$ мм рт.ст.

ДИАГНОСТИКА АГ

- ▶ Основным методом диагностики АГ является измерение АД. Диагностировать АГ во время беременности следует на основании, по крайней мере, двух повышенных его значений с определенным интервалом.
- ▶ Известно, что среднесуточные значения АД имеют преимущества перед стандартными (офисными) показателями, т.к. более тесно коррелируют с поражением органов-мишеней и их динамикой на фоне лечения, позволяют предсказать появление протеинурии, риск преждевременных родов и в целом исходы беременности.

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ СМАД У БЕРЕМЕННЫХ:

- ▶ • АГ;
 - гипертония “белого халата”;
 - маскированная АГ;
 - заболевания почек (гломерулонефрит, хроническая болезнь почек);
 - СД 1 и 2 типа;
 - тиреотоксикоз;
 - тромбофилия, антифосфолипидный синдром (АФС);
 - системная красная волчанка (СКВ);
 - ожирение;
 - ПЭ
- 

КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ АД У БЕРЕМЕННЫХ

Категория АД	САД, мм рт.ст.		ДАД, мм рт.ст.
Нормальное АД	<140	и	<90
Умеренная АГ	140-159	и/или	90-109
Тяжелая АГ	≥160	и/или	≥110

ЛЕЧЕНИЕ АГ

Целью лечения АГ у беременных является предупреждение осложнений, связанных с повышением АД, сохранение беременности, нормальное развитие плода и своевременное родоразрешение.

Немедикаментозные методы

- Прекращение курения.
- Нормальная сбалансированная диета без ограничения потребления поваренной соли и жидкости.
- Умеренная аэробная физическая нагрузка (ФН), достаточный 8-10-часовой ночной сон, желательно 1-2-часовой дневной сон.

Лекарственная терапия

В качестве антигипертензивных препаратов (АГП) при беременности применяют небольшой спектр лекарственных средств, отвечающих критериям безопасности для плода

Рациональной комбинацией является **нифедипин** длительного действия + **β-адреноблокатор**.

АГП, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ПЛАНОВОГО ЛЕЧЕНИЯ АГ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Препарат	Механизм действия	Начальная доза, мг/сут.	Максимальная доза, мг/сут.	Примечание
Основные препараты для плановой терапии АГ у беременных				
Метилдопа (В)	α -агонист центрального действия	500	3000	Препарат первой линии. Может применяться с I триместра. При заболеваниях почек необходимо уменьшить дозу. Противопоказан при депрессии.
Нифедипин с медленным высвобождением активного вещества (С)	Дигидропиридиновый антагонист кальция	20	60	Может быть использован в качестве препарата первой или/и второй линии. Могут быть симптомы активации симпатико-адреналовой системы — головная боль, покраснение кожи, тахикардия, отеки. Противопоказан при аортальном стенозе.
Метопролола сукцинат (С)	Селективный β -АБ	25	200	Препарат выбора среди β -АБ. Может способствовать уменьшению плацентарного кровотока, в больших дозах повышает риск неонатальной гипогликемии и тонус миометрия. Целесообразно назначать с 12 нед. беременности.
Резервные препараты для плановой терапии АГ у беременных				
Бисопролол (С)	Селективный β -АБ	2,5	10	Имеющиеся данные недостаточны для оценки безопасности. Может использоваться при плохой переносимости лечения метопрололом. Может способствовать уменьшению плацентарного кровотока, в больших дозах повышает риск неонатальной гипогликемии и тонус миометрия. Целесообразно назначать с 12 нед. беременности.
Верапамил (С)	Недигидропиридиновый антагонист кальция	80	480	Применяется как АГП и антиаритмический препарат. Имеются единичные исследования по применению во время беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

► Пиелонефрит беременных

Пиелонефрит представляет собой инфекционно-бактериальное заболевание с преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечек и почечной лоханки.

Он может возникать впервые во время беременности (гестационный пиелонефрит, или пиелонефрит беременных). Пиелонефрит, существовавший до беременности, может обостряться на ее фоне или протекать в хронической и латентной форме.

Предрасполагающими факторами для развития острого гестационного пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита во время беременности являются нарушение мочевыделения, обусловленное изменением топографоанатомических взаимоотношений по мере роста матки, перестройка гормонального и иммунного статуса.

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

ВЫЗЫВАЮТ:

кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактер, протей, стрептококки, стафилококки, грибы, неклостридиальные анаэробы и др.

Морфологическая картина заболевания характеризуется многочисленными периваскулярными инфильтратами в интерстициальной ткани, которые при благоприятном течении заболевания рассасываются или частично замещаются соединительной тканью. При неблагоприятном течении пиелонефрита происходит нагноение инфильтратов с образованием мелких гнойничков в корковом веществе почки или под капсулой (апостематозный пиелонефрит). Реже формируется абсцесс или карбункул почки.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Гестационный пиелонефрит чаще всего возникает на **22—28-й** неделе беременности или на **2—5-й** день послеродового периода.

В острый период заболевания беременные жалуются на **внезапное ухудшение самочувствия, слабость, головную боль, повышение температуры тела, озноб**. Одновременно появляются дизурические нарушения, боли в реберно-поясничном углу.

Наличие инфекционного процесса в почках и активация иммунного ответа организма беременной приводят к угрозе отторжения плодного яйца: появляются клинические признаки угрожающего или начавшегося выкидыша или преждевременных родов.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз гестационного пиелонефрита основывается на клинических признаках, подкрепленных лабораторными исследованиями.

В моче обнаруживаются лейкоциты, бактерии, небольшое количество белка.

Бактериологическое исследование мочи помогает установить вид возбудителя заболевания и чувствительность к антибиотикам. УЗИ почек применяют для выяснения состояния чашечно-лоханочной системы.

ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ Используются общие принципы терапии воспалительного процесса. Беременная госпитализируется в дородовое отделение родильного дома. В первые 24 нед. беременности возможна госпитализация в урологическое отделение. Обязателен постельный режим. Положение беременной на боку, противоположном локализации пиелонефрита, способствует лучшему оттоку мочи и ускоряет выздоровление. Этой же цели служит коленно-локтевое положение, которое периодически должна принимать беременная.
- ▶ Диета должна быть щадящей с обильным кислым питьем. Антибактериальная терапия проводится с учетом возбудителя заболевания и действия препарата на плод: предпочтение отдается полусинтетическим пенициллинам и цефалоспорином, обладающим широким спектром действия и не оказывающим вредного влияния на плод. Прием антибиотиков сочетают с антимикотическими препаратами: нистатином, леворином. Обязательно назначение витаминов. В качестве уроантисептиков можно использовать нитрофураны, нитроксолин, невиврамон.
- ▶ Для улучшения оттока мочи применяют спазмолитики: но-шпу, баралгин, папаверин. При наличии симптомов интоксикации проводится детоксикационная инфузионная терапия. При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения используют катетеризацию мочеточников, обеспечивающую отток мочи. В отдельных случаях прибегают к пункционной нефропиелостомии. Формирование абсцесса или карбункула почки требует хирургического лечения: декапсуляции, рассечения почки и даже нефрэктомии.