

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии  
лечебного факультета**

***ТЕМА: ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ  
ПАТОЛОГИЯ И  
БЕРЕМЕННОСТЬ***

**Лекция № 10 для студентов 4 курса,  
обучающихся по специальности 060101 –  
Лечебное дело (очная форма обучения)**

***к.м.н., доцент А.В. Даценко***

**Красноярск, 2012**

# План лекции

- **Актуальность темы**
- **Заболевания почек и беременность**
  - \* **гестационный пиелонефрит**
  - \* **острый гломерулонефрит**
  - \* **мочекаменная болезнь**
- \* **ВЫВОДЫ**

*Заболевания*

*почек*

*и*

*беременность*

# Физиологические изменения в МПС при беременности

- Увеличение почечного кровотока
- Увеличение скорости клубочковой фильтрации на 50%
- Канальцевая реабсорбция не меняется

✓ *Поэтому в норме при беременности увеличивается мочеотделение и степень очищения от азотистых оснований и появляется глюкозурия*

# **Заболевания почек**

**□ Среди всех  
экстрагенитальных  
заболеваний занимают II  
место и составляют 0,1-10%**

*Гестационный  
пиелонефрит*

# ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

-

**ЭТО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ  
ПРОЦЕСС В ПОЧКЕ С  
ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ  
ПОРАЖЕНИЕМ  
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ,  
ОБУСЛОВЛЕННЫЙ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ  
БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, С  
ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ЭТОТ ПРОЦЕСС  
ЛОХАНОК И ЧАШЕЧЕК.**

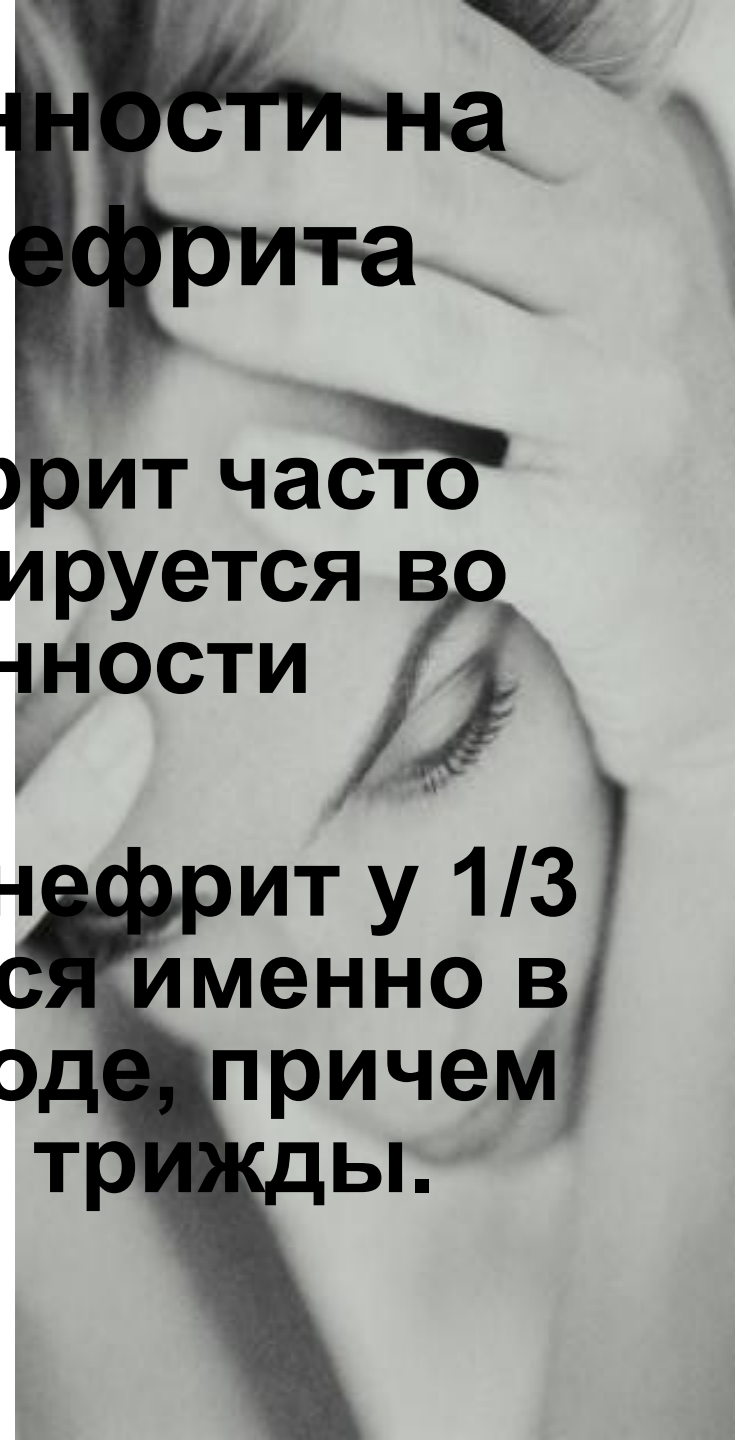
# Гестационный пиелонефрит

- Встречается у **6-8 %** беременных
- Наиболее часто данное заболевание развивается в сроке **26-28** и **34-36** недель беременности
- ✓ **92-65%** патологических процессов в почках, развивающихся во время беременности – обратимы, однако **8-5%** из них могут осложниться деструкцией почечной ткани.



# **Влияние беременности на течение пиелонефрита**

- Острый пиелонефрит часто впервые диагностируется во время беременности**
- Хронический пиелонефрит у 1/3 больных обостряется именно в гестационном периоде, причем иногда дважды и трижды.**



# **Факторы, способствующие развитию гестационного пиелонефрита (1)**

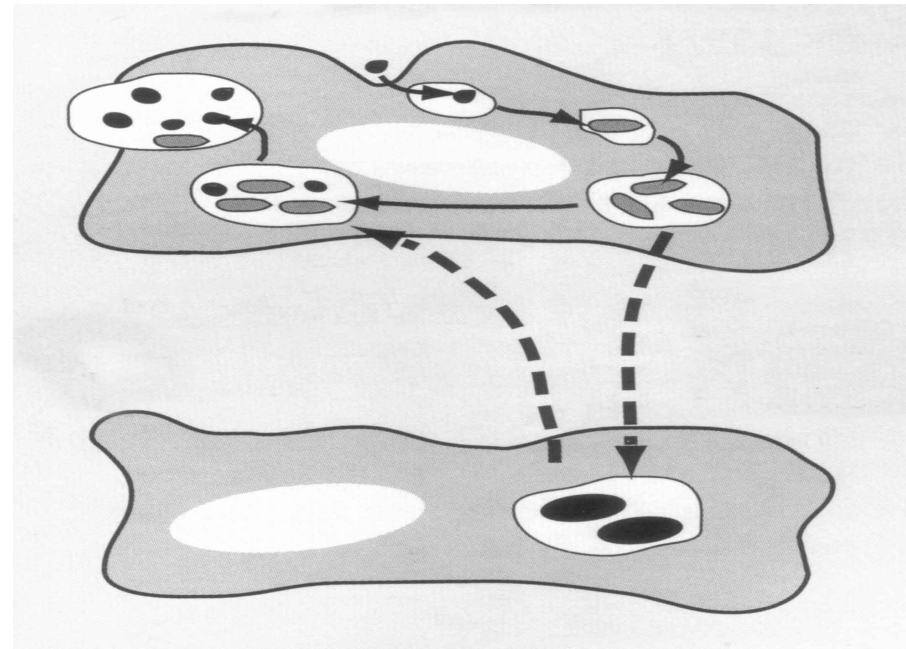
- Гипотония и гипокинезия лоханок и мочеточников, связанная с изменением гормонального профиля**
- Снижение тонуса и увеличение емкости мочевого пузыря (пузырно-мочеточниковый рефлюкс)**
- Во II триместре - компрессионный фактор (пузырно-лоханочный рефлюкс)**

# **Факторы, способствующие развитию гестационного пиелонефрита (2)**

- Во II и III триместре – механический фактор нарушения уродинамики (сдавление мочеточников на уровне тазового кольца)**
- Конец беременности - несостоятельность сфинктера уретры**
- Иммунодепрессия - физиологическое угнетение гуморального и клеточного звена во время беременности**

# Этиология

- Кишечная палочка – **36-88%**
  - Клебсиела
  - Протей
  - Энтерококк( у родильниц) – **10-23%**
- 5-20%**



# Патогенез

- **Первичный очаг инфекции – это воспалительные заболевания гениталий и органов мочевой системы, кариозные зубы, фурункулы и т.д.**
- **Пути проникновения инфекции в почку**
  - **гематогенный**
  - **уриногенный**

# Классификация

## I. Острая форма

- серозный пиелонефрит

- гнойный пиелонефрит

  - *диффузно-гнойная (недеструктивная) форма (95-97%)*

  - *очагово-гнойная (деструктивная) форма (3-5%)*

## II. Хроническая форма

# Клинико-лабораторная картина

## ❖ Острый серозный пиелонефрит

- ✓ Протекает при субфебрильной либо нормальной температуре без ознобов и симптомов интоксикации, часто без болей в пояснице.
- ✓ Распознается по лабораторным признакам и успешно ликвидируется антибактериальной терапией.

# Клинико-лабораторная картина (1)

## ❖ Острый гнойный недеструктивный пиелонефрит

- СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ В начале заболевания преобладает **выраженная интоксикация** организма: потрясающие ознобы, высокая температура, сильная головная боль, обильное потоотделение, тошнота, иногда и рвота. Дыхание и пульс учащены, язык сухой.



# Клинико-лабораторная картина (2)

## ❖ Острый гнойный недеструктивный пиелонефрит

- ✓ В процессе развития болезни присоединяются **локальные симптомы**: боли в поясничной области со стороны поражения, иррадиирующие в верхнюю часть живота, паховую область, бедро, большие половые губы, усиливающиеся по ночам, напоминающие по характеру почечную колику. **Во II и III триместре боли обычно неинтенсивные**

# Клинико-лабораторная картина (3)

## ❖ Острый гнойный неструктуривный пиелонефрит

### • ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Болезненность и напряженность мышц живота со стороны поражения
- ✓ Болезненность в точке - на уровне перекреста нижнего края XII ребра с длинными поясничными мышцами и спереди в точке - на три поперечных пальца слева и справа от пупка
- ✓ Симптом Пастернацкого не всегда бывает положительным

# Клинико-лабораторная картина (4)

## ❖ Острый гнойный неструктуривный пиелонефрит

### • ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Развернутый анализ крови: лейкоцитоз выше  $11 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижение уровня Нв
- ✓ Биохимический анализ крови: повышение уровня мочевины, диспротеинемия
- ✓ Общий анализ мочи: бактериурия, повышение количества «активных» лейкоцитов и появление клеток Штернгеймера-Мальбина
- ✓ Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты свыше  $4 \times 10^9/\text{мл}$ , увеличение количества эритроцитов

# Клинико-лабораторная картина (1)

## ❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

- СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ **Тяжелая интоксикация** организма:  
гектическая лихорадка с перепадом температуры в течение суток на 2-3 градуса, проливной пот, рвота, бледность, сухость языка, патологическая эйфория или заторможенность

# Клинико-лабораторная картина (2)

## ❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

- ✓ **Тревожный признак** обширного гнойного воспаления в почке: постоянно высокая, резистентная к антибактериальным препаратам температура тела
- ✓ **Локальные симптомы** могут быть неярко выраженными

# Клинико-лабораторная картина (3)

## ❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

### • ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Болезненность почки нередко выявляется только при глубокой бимануальной пальпации
- ✓ Симптом Пастернацкого часто бывает положительным
- ✓ РАК: снижение уровня Нв, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

# Клинико-лабораторная картина (4)

## ❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

### • ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Развернутый анализ крови: выраженная гипохромная анемия и лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм
- ✓ Биохимический анализ крови: повышение уровня мочевины, диспротеинемия, при картине печеночно-почечной недостаточности – гипербилирубинемия, гиперкреатининемия, повышение уровня печеночных ферментов

# Клинико-лабораторная картина (5)

## ❖ Острый гнойный **деструк-тивный** пиелонефрит

### • ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Общий анализ мочи: бактериурия более  $10^5$  микробных тел, повышение количества «активных» лейкоцитов и появление клеток Штернгеймера-Мальбина
- ✓ Анализ мочи по Нечипоренко: пиурия



# Клинико-лабораторная картина (1)

## ❖ Хронический пиелонефрит

- СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ **Общие симптомы:** головная боль, быстрая утомляемость, общая слабость

- ✓ **Локальные симптомы:** тупые боли в поясничной области, усиливающиеся при движении и физической нагрузке

*Однако часто женщины никаких жалоб не предъявляют*

# Клинико-лабораторная картина (2)

## ❖ Хронический пиелонефрит

- **ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ**

- ✓ Неярко выражены, симптом Пастернацкого чаще бывает отрицательным

- ✓ Возможно наличие гипертензивного синдрома

# Клинико-лабораторная картина (3)

## ❖ Хронический пиелонефрит

### • ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ

- ✓ Развернутый анализ крови: гипохромная анемия, возможна азотемия
- ✓ Общий анализ мочи: умеренная протеинурия (менее 1 г/л), лейкоцитурия с преобладанием нейтрофильных лейкоцитов, микрогематурия, высокая степень бактериурии
- ✓ Анализ мочи по Зимницкому: гипоизостенурия
- ✓ Анализ мочи по Нечипоренко: пиурия

# Таким образом:

**!!! Клиника гестационного пиелонефрита как правило бывает стертой. Выраженные клинические проявления могут появиться только при значительных деструктивных изменениях в почках.**

**!!! Диагностика чаще основана на результатах лабораторных и инструментальных методов**

# Диагностика гестационного пиелонефрита

1. Жалобы
2. Анамнез, особенно для хронического пиелонефрита
3. Клинические признаки заболевания
4. Лабораторные методы: РАК, БАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, анализ мочи по Зимницкому, бактериологическое исследование мочи
5. Инструментальные методы: УЗИ, хромоцистоскопия, экскреторная урография в послеродовом периоде

# **Влияние гестационного пиелонефрита на течение беременности**

- **Невынашивание (прерывание чаще в сроке 16-24 нед.)**
- **Тяжелые формы гестоза в 40-80%**
- **ВУИ плода**
- **Патология МВС плода**
- ✓ ***Острый пиелонефрит, впервые возникший во время беременности оказывает менее неблагоприятное воздействие на ее течение***

# Степени риска

- I степень риска – не осложненный пиелонефрит, возникший во время беременности
- II степень риска – хронический пиелонефрит, существовавший до беременности
- III степень риска – хронический пиелонефрит с гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки
- *При III степени риска беременность противопоказана*

# **Тактика ведения беременных с гестационным пиелонефритом (1)**

- В условиях женской консультации решение вопроса о возможности сохранения беременности и дальнейшее диспансерное наблюдение производится совместно с урологом**
- Общий анализ мочи – 2 раза в месяц; в сроках 20-28 недель – еженедельно**



# **Тактика ведения беременных с гестационным пиелонефритом (2)**

- При появлении лейкоцитурии или жалоб на ухудшение самочувствия – проба по Нечипоренко, посев мочи, УЗИ почек**
- В случае подозрения на развитие острого пиелонефрита – госпитализация в стационар**

# Терапия при гестационном пиелонефрите (1)

- Постельный режим в острой стадии болезни
- Стол №15 без ограничения соли и жидкости, при отсутствии отеков и гестоза обильное питье (клюквенный морс, почечные чаи)
- Антибактериальная терапия с учетом антибиотикограммы:

    I триместр - природные и полусинтетические пенициллины

    II триместр – цефалоспорины, аминогликозиды в сочетании с препаратами нитрофуранового ряда

*Продолжительность а/б терапии – 2-3 недели*

# Терапия при гестационном пиелонефрите (2)

- Дезинтоксикационная терапия в общем объеме вводимой жидкости до 2,5-3 л/сут.

*При выраженной интоксикации – плазмаферез и УФО крови*

- Десенсибилизирующая терапия (димедрол, супрастин, пипольфен, диазолин)

# **Терапия при гестационном пиелонефрите (3)**

- **Спазмолитические препараты с целью восстановления пассажа мочи (баралгин, но-шпа, 2% раствор папаверина гидрохлорида)**
- **Для восстановления оттока из пораженной почки – катетеризация мочеточников, при неэффективности в течение – 3-4 дней дренирование почки – нефростомия**
- **При формировании гнойников в почке – люмботомия, декапсуляция почки, иссечение гнойно-некротических участков и нефростомия**

# Критерии излеченности гестационного пиелонефрита

- Отсутствие клинических симптомов заболевания
- Нормальные лабораторные показатели общего анализа мочи при трехкратном ее исследовании
- Отрицательные результаты бактериологического посева мочи, проводимого двукратно с промежутком в 1 месяц
- *При сохранении пиурии следует думать о формировании хронического воспалительного процесса*

# Тактика ведения родов при наличии гестационного пиелонефрита

- ❖ Роды через естественные родовые пути не противопоказаны
- ❖ В родах рекомендуется применять спазмолитики и максимальное обезболивание

- ❖ Оперативное производится только по акушерским показаниям



# **Профилактика гестационного пиелонефрита**

- Санация очагов инфекции – кариозных зубов, синуситов, кольпитов и т.д.**

# **Ведение беременных, перенесших гестационный пиелонефрит в послеродовом периоде**

- Через 3 месяца после родов – обзорный рентгеновский снимок почек и экскреторная урография**
- Диспансерное наблюдение уролога**
- Предпочтительный вид контрацепции – внутриматочная спираль**



*Острый*

*гломерулонефрит*

**ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ -**  
**иммуновоспалительное**  
**заболевание почек с**  
**преимущественным**  
**поражением клубочков, но**  
**вовлекающее и канальцы, и**  
**межуточную**  
**(интерстициальную) ткань**

□ **Острый  
гломерулонефрит –  
это редкое осложнение  
беременности, частота  
которого составляет**

**0,1-0,2%**



# Этиология

- Гемолитический стрептококк группы А
- Источник инфекции – хронический тонзиллит, ангина, стрептококковые кожные болезни (пиодермия, рожа)
- Предрасполагающий фактор - однократное резкое охлаждение организма

# **Классификация по клиническому течению**

**I Острый гломерулонефрит**

**II Хронический гломерулонефрит**

- **Злокачественная форма (подострая, быстро прогрессирующая)**
- **Смешанная**
- **Нефротическая**
- **Гипертоническая**
- **Латентная**
- **Терминальная**

# **Клинические симптомы гломерулонефрита (1)**

**✓ *Особенность течения  
гломерулонефрита во время беремен-  
ности – стертость клинических  
симптомов***

- Отеки (больше характерны для острого нефрита, смешанной и нефротической форм хронического гломерулонефрита)**
- Артериальная гипертензия (острый нефрит, гипертоническая и смешанная форма хронического гломерулонефрита)**

# Клинические симптомы гломерулонефрита (2)

- Протеинурия от 0,033 г/л до 30 г/л характерна для всех форм гломерулонефрита
- Цилиндрурия
- Анемия, гипопротейнемия
- Увеличение титра противострептококковых антител
- Азотемия - признак развития острой почечной недостаточности

**✓ Острая почечная недостаточность – показание к прерыванию беременности**

# **Влияние гломерулонефрита на течение беременности**

- **Гестоз, возникающий раньше обычных сроков (28 недель) и приобретающий тяжелое течение**
- **ПОНРП**
- **Преждевременные роды**
- **ЗВРП**
- **Хроническая и острая гипоксия плода**
- **Патология почек плода и новорожденного**
- **Повышение показателей перинатальной смертности**





# **Тактика ведения беременных с гломерулонефритом (1)**

- Обследование в условиях терапевтического или нефрологического стационара в сроке до 12 недель для решения вопроса о возможности сохранения беременности**
- При положительном результате – дальнейшее наблюдение врачом женской консультации**

# **Тактика ведения беременных с гломерулонефритом (2)**

- Повторная госпитализация при появлении признаков обострения хронического гломерулонефрита или развитии гестоза и других осложнений беременности**
- Дородовая госпитализация в сроке беременности 36-37 недель с целью предупреждения осложнений и подготовки к родам**

# **Лечение беременных с гломерулонефритом (1)**

- 1. Режим обычный с ограничением длительного пребывания в вертикальном положении и снижением физической активности**
- 2. Диета с ограничением поваренной соли до 3-5 г в сутки и жидкости до 800-1000мл при остром нефрите, смешанной и гипертонической форме хронического гломерулонефрита**

# **Лечение беременных с гломерулонефритом (2)**

- 3. Средства иммунной депрессии:  
глюкокортикоиды (преднизолон до  
20 мг в I триместре и до 30 мг со II  
триместра), в тяжелых случаях -  
плазмаферез**
- 4. Противовоспалительные препараты  
(аспирин)**
- 5. Прямые антикоагулянты (гепарин) и  
антиагреганты (аминохинолины)**

# **Лечение беременных с гломерулонефритом (3)**

- 6. Для нормализации АД – антагонисты кальция, В-адреноблокаторы, диуретики, А-адреноблокаторы**
- 7. Нормализация вегетативных центров – гальванизация зоны «воротника», эндоназальный электрофорез, электроанальгезия**
- 8. УЗ на область почек**

# **Лечение беременных с гломерулонефритом (4)**

- 9. Антианемические препараты**
- 10. Устранение гипопротеинемии –  
введение белковых жидкостей (сухая  
плазма, раствор альбумина или  
протеин)**

# Тактика ведения родов при гломерулонефрите

- ❖ Роды через естественные родовые пути не противопоказаны
- ❖ Досрочное родоразрешение иногда показано в интересах плода
- ❖ Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения производится редко и обычно по акушерским показаниям



# **Профилактика гломерулонефрита**

- Удаление инфекционных очагов  
(хронический тозиллит)**
- Профилактический прием малых  
доз ацетилсалициловой кислоты по  
125 мг/сут. в сроки с 23 по 38 неделю**



*Мочекаменная*

*болезнь*

- **Беременность не является фактором риска мочекаменной болезни: с увеличением числа беременностей заболеваемость мочекаменной болезнью не увеличивается**
- **Частота данной патологии – 0,2-0,8%**



# Этиология

- Нарушение минерального обмена**
- Щелочная диета**
- Инфекционно - воспалительные заболевания мочевыводящих путей**
- Нарушение уродинамики**

# **Влияние беременности на течение мочекаменной болезни**

- ✓ **Клинические признаки латентно протекающей до беременности МКБ могут стать отчетливо выраженными**
  - **Ускоренный рост камней во время беременности**
  - **Условия для перехода камня в мочеточник**
  - **Легкость присоединения инфекции**
- ✓ **Появление и учащение приступов почечной колики, присоединение или обострение ранее существовавшего пиелонефрита**

# **Клиника МКБ во время беременности (1)**

## **□ Классическая картина**

- 1. Почечная колика**
- 2. Гематурия**
- 3. Пиурия**
- 4. Отхождение камней с мочой**

## **□ Особенности клиники МКБ во время беременности**

- 1. Интенсивность болей и гематурия менее выражены**

# **Клиника МКБ во время беременности (2)**

- Особенности клиники МКБ во время беременности**
- 2. Колики отмечаются чаще с первые 20 и последние 4 недели беременности**
- 3. Возможно спонтанное отхождение камней**
- 4. Возможно бессимптомное течение МКБ**

# Диагностика МКБ

- Анамнез
- Цистоскопия
- УЗИ
- Хромоцистоскопия  
при невозможности  
УЗИ
- Общий анализ мочи



# **Влияние МКБ на течение беременности и родов**

- ❖ **МКБ, не осложненная пиелонефритом или гестозом не оказывает неблагоприятного влияния на течение беременности и развитие плода**
- ❖ **Течение родов при МКБ обычно особенностей не имеет**





# Терапия беременных с МКБ

- Диета обусловлена характером нарушения минерального обмена
- Купирование болей спазмолитическими препаратами – папаверина гидрохлорид, но-шпа, баралгин
- При неэффективности консервативной терапии показана катетеризация мочеочника и восстановление оттока мочи
- При неэффективности катетеризации и анурии – показано хирургическое удаление камня
- При сочетании МКБ с пиелонефритом – антибактериальная терапия

# Профилактика

- **Оптимальный вариант –  
оперативное лечение  
мочекаменной болезни и санация  
мочевых путей до беременности**



**Спасибо за внимание**

*Благодарю за внимание!*



*Благодарю*

*за*

*внимание*



*Гипертоническая*

*болезнь*

- Повышение АД при беременности обеспечивает нормальную перфузию плаценты и создает условия для роста и развития плода
- Нормальное давление при беременности 120/80 мм.рт.ст.
- Частота встречаемости 4-5%



# Классификация по ВОЗ

- I ст.- транзиторное повышение АД, отсутствие изменения глазного дна, нет левограммы
- II ст.- АД повышается, но под действием лекарств может приходиться к нормальным цифрам. Ангиопатия на глазном дне, левограмма
- III ст.- стойкое повышение АД, частые кризы, терапии не поддается, ангиопатии, левограммы, вторичные дистрофические изменения в миокарде, почках

# Патогенез

- Сходен с патогенез гестоза
- Повышается периферическое сопротивление
- Нарушается микроциркуляция во внутренних органах
- Гипертоническая болезнь и беременность осложняют друг друга

# Влияние беременности на ГБ

## **I триместр:**

- **Появляется ФПК**
- **Меняется эндокринный фон, повышается прогестерон, который обладает гипотензивным влиянием, что приводит к снижению давления**
- **Степень тяжести в этот срок не определяют!!!!!!**

**II триместр: течение самой ГБ  
зависит от степени ГБ:**

**I ст. АД лабильно, реагирует на гипотензивную  
терапию**

**II ст. Устойчивое повышение АД, но без  
выраженного повреждения внутренних  
органов. Терапия приводит к временному  
снижению АД**

**III ст. Более тяжелое, кризовое течение**

# Влияние ГБ на беременность

- I триместр- может быть угроза прерывания беременности
- II - III триместр:
  - ✓ Повышение АД до высоких цифр, чем выше, тем тяжелее исходная ГБ
  - ✓ ПОНРП
  - ✓ Поздний гестоз, развивается рано ( **20-24** недели). Течет тяжело, плохо поддается лечению, приводит к плохим исходам для матери и плода

# Влияние ГБ на плод

- Хроническая гипотрофия
- Хроническая гипоксия
- Повышение перинатальной смертности, в зависимости от степени ГБ:

I ст.- до **20%** случаев

II ст. – до **50%** случаев

III ст. – до **100%** случаев



# **Противопоказания для беременности:**

- ГБ III ст.**
- ГБ II ст. Не поддающаяся  
медикаментозной терапии(  
ангиопатия, левограмма)**

# **Тактика в женской консультации:**

- Сбор анамнеза: степень тяжести ГБ**
- Исследование глазного дна**
- ЭКГ**
- УЗИ почек**
- ОАМ, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко**
- Анализ крови на креатинин, мочевины**
- При нормальном АД наблюдение и терапия **1** раз в **2** недели**
- Самостоятельный контроль АД и коррекция**



# Лечение:

- Почечная ГБ- препараты раувольфия-раусидил, резерпин, адельфан. Обладают мочегонным эффектом. принимают 1 раз в 2 дня. утром.
- Триризид содержит калий
- Должны быть отменены за неделю до родов
- Эффект развивается на 4 сутки
- При присоединении гестоза, отменяют, из за отсутствия эффекта

(

- **Частые подъемы АД- клофелин препарат центрального действия)**
- **Антагонисты кальция: нифедипин, коринфар**
- **Седативные**
- **Средства, укрепляющие сосудистую стенку - аскорутин**
- **Дезагреганты**
- **Магнезиальная терапия. Дозировка, как при поздних гестозах**
- **Витаминотерапия**
- **Метионин, фоливая кислота**
- **Контроль за ростом и развития плода. При выявлении гипотрофии- родоразрешение**

# Тактика в стационаре■

- Сроки и методы родоразрешения определяются как и при позднем гестозе■
- Тяжелая степень - кесарево сечение
- Легкая и средняя – роды на фоне■
- Обезболивания
- Гипотензивной терапии
- Ранней амниотомии
- После анестезии- управляемая нормотомия ганглиоблокаторами **140-150** мм.рт.ст
- Роды, потуги при нормальном АД, укорачиванием или исключая их щипцами
- Профилактика кровотечения - окситоцином

**Ведение послеродового  
периода:**

**Лечение гипотензивными  
средствами продолжать  
под контролем АД**

# Артериальная гипотензия

Снижение артериального давления  
ниже **100/60**мм.рт.ст,  
сопровождающие головокружением,  
обмороками.

# ЭТИОЛОГИЯ

- **Первичная:** вызвана хроническими инфекционными заболеваниями
- **Гестационная:** вызвана гормональными перестройками:  
повышенная продукция прогестерона и недостаточность коры надпочечников

# Течение беременности при АГ

- Угроза прерывания беременности
- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Преждевременные роды

# Осложнения в родах:

- Слабость
- Гипотоническое кровотечение  
( допускается кровопотеря 0,2-0,3%,  
кровопотеря больше этого плохо  
компенсируется, что способствует  
развитию геморрагического шока!!!!)



# Постуральный синдром (нижней полой вены)

- Проявляется резким падением АД при положении лежа, так как происходит сдавление нижней полой вены маткой, что уменьшает возврат крови к сердцу, головному мозгу. Все это приводит к коллапсу

- **В случае проведения кесарева сечения, то пациентку кладут на валик под поясницу в положении полубоком**
- **При тяжелом постуральном синдроме бывают послешоковое, послеродовое кровотечение с клиникой ДВС-синдрома**

# Лечение

Первичная гипотония:

- лечение первопричины,
- снятие интоксикации
- Общеукрепляющая терапия

# Вторичная гипотония

Госпитализация перед родоразрешением:

- Кордиамин
- Седативные
- Женьшень, Лимонник
- Родиола розовая до АД 120/80 мм.рт.ст
- Если АД повышается более чем на 30% от исходного, то могут присоединиться признаки гестоза
- Перед родами АД должно быть как минимум до 110/70 мм.рт.ст
- Если этого не получается, то в родах появляется угроза эмболии околоплодными водами!!!!
- У ребенка часто наблюдается гипотрофия

# Литература

## Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

## Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р.А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

## ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

# ЛИТЕРАТУРА

## Основная:

- 1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007

## Дополнительная

- Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр. /В. В. Абрамченко. - СПб.: Спец. лит., 2003.-664 с.
- Акушерство и гинекология: Учебник /Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. /Пер. с англ. - М.: Мед. лит., 2004. - 548 с.
- Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник. - Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис», 2002. - 463 с.
- Жиляев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс /Н.И. Жиляев, Н. Жиляев, В. Сопель. - Киев: Книга плюс, 2002. - 236 с.

## Учебно-методические пособия

- Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие /ред. А. И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева; Ред. А. Н. Стрижаков. - Москва: Медицина, 2004. - 621 с.
- Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии: Учебное пособие / Ред. Г. М. Савельева. - Москва: ООО "Мед. информ. агентство", 2006. - 720 с.
- Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учеб. пособ. /Ред. В.Е. Радзинский. - М.: Мед. информ. агентство, 2004. - 576 с. -(Учеб. лит. для студ. мед. вузов)
- Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии/Ред. Ю. В. Цвелев, В.Г. Абашин. - СПб.: Фолиант, 2004. - 640 с.
- Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство: Учеб. пособ. /В.Б. Цхай. - М.: Мед. книга; Нижн. Новгород: НГМА, 2003. - 414 с. - (Учеб. лит. для мед. вузов. и последипломного образования)
- Эталоны ответов на вопросы практических знаний и умений по акушерству и гинекологии: Учеб. пособ./ В.Б. Цхай и др. - Красноярск: КаСС, 2003. - 100 с.