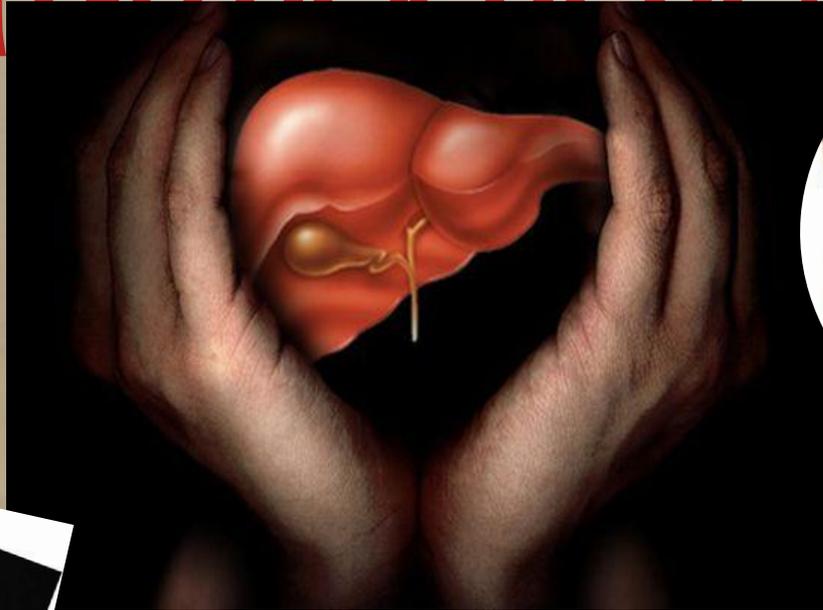
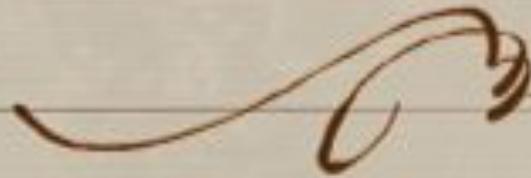
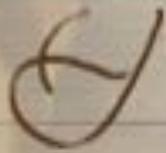


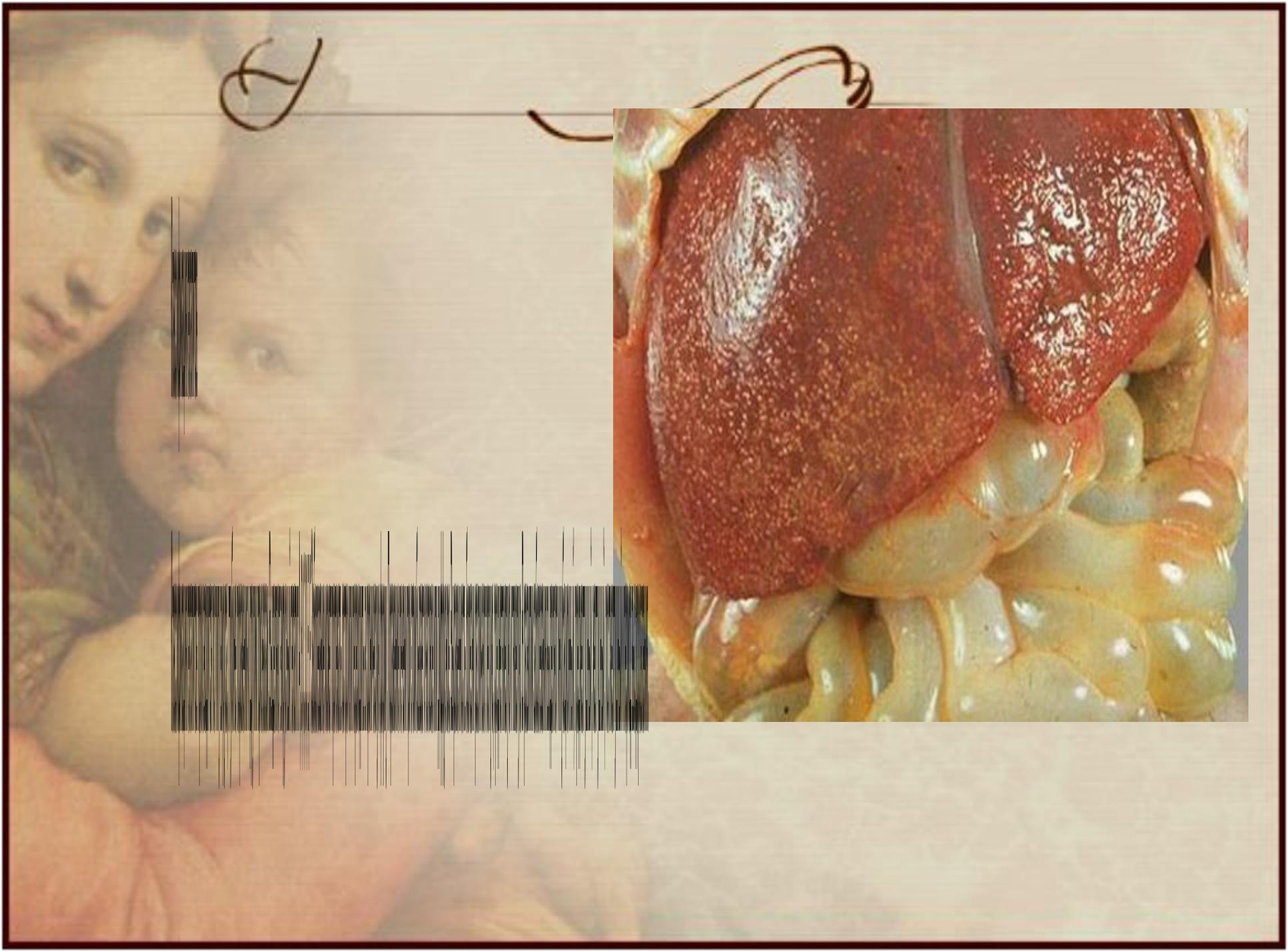
ГАОУ СПО НСО Новосибирский медицинский  
колледж.

# Гепатиты у беременных.

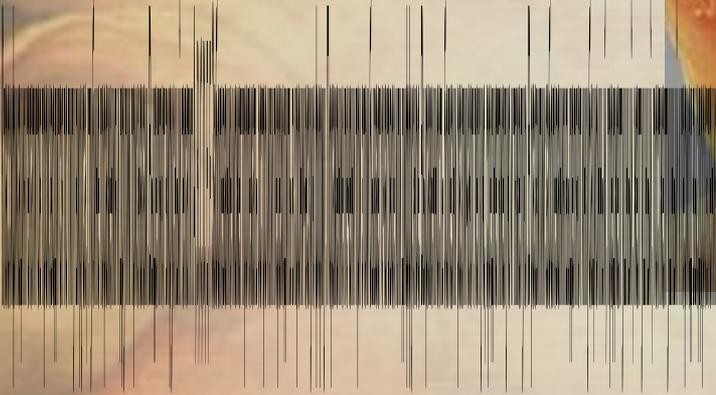




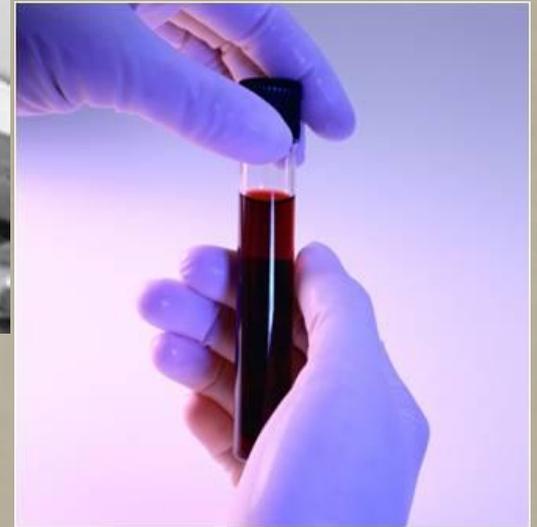
**Вирусные гепатиты - группа этиологически неоднородных антропонозных заболеваний, вызываемых гепатотропными вирусами (А, В, С, D, Е, G и, вероятно, другими), имеющая разные механизмы заражения и характеризующаяся преимущественным поражением гепатобилиарной системы с развитием общетоксического, диспепсического и гепатолиенального синдромов, нарушением функций печени и нередко желтухой. По механизмам и путям передачи выделяют две группы вирусных гепатитов: с фекально-оральным механизмом заражения - вирусные гепатиты А и Е и с гемоперкутаным (кровоконтактным) механизмом, образующих группу, так называемых, парентеральных гепатитов В, D, С, G. Вирусы, вызывающие парентеральные гепатиты, обладают хроническим потенциалом, особенно сильно выраженным у вируса гепатита С. Кроме хронического гепатита, они обуславливают развитие цирроза печени и первичной гепатокарциномы.**



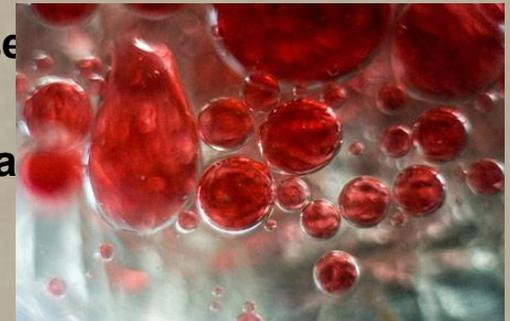
2



# Факторы, которые могут поражать печень при гепатите:



- инфекционные (бактериальные или вирусные),
- токсические (возникают при воздействии алкогольных, лекарственных и химических веществ)
- лучевые (при лучевой болезни),
- аутоиммунные (во время иммунных заболеваний)



## •ИНФЕКЦИОННЫЙ ГЕПАТИТ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК:

- гепатит А** (или болезнь Боткина – наиболее распространенная форма гепатита, факторами передачи возбудителя которой могут являться вода, пищевые продукты, грязные руки),
- гепатит В** (отличается высокой устойчивостью в окружающей среде, пути передачи - половой и вертикальный: от матери плоду через плаценту или, чаще, во время родов во время прохождения плода через родовые пути, а также возможно заражение контактно-бытовым путем),
- гепатит С** (данная болезнь может приобретать хроническое течение, пути передачи: при переливании крови, во время использования нестерильных шприцов, возможен половой путь передачи),
- гепатит D** (характеризуется тяжелым течением болезни, пути передачи: от матери ребенку, половой, контактный и внутрисемейный),
- гепатит Е** (распространен в Азии и Африке, вирус неустойчивый, его быстро разрушают хлорсодержащие дезинфицирующие средства, основной путь передачи – через воду),
- гепатит G** (пути передачи: при пользовании нестерильными шприцами, половой путь, роль данного вида в патологии изучена мало).

Д



**Гепатит А** передается фекально-оральным путем (с загрязненными фекалиями больного человека водой, пищей, грязными руками, предметами обихода и т.д.) и спонтанно, без вмешательства врачей, излечивается. Вирусный гепатит А относится к кишечным инфекциям. Он заразен в дожелтушной стадии болезни. С появлением желтухи больной перестает быть заразным: организм справился с возбудителем заболевания. Этот вид вирусного гепатита в подавляющем большинстве случаев не переходит в хроническую форму, носительства вируса нет. Люди, перенесшие ОВГ А, приобретают пожизненный иммунитет. Обычно гепатит А не оказывает существенного влияния на течение беременности и родов, на развитие плода. Ребенок рождается здоровым. Он не подвержен риску инфицирования и в специальной профилактике не нуждается. Если заболевание по времени пришлось на вторую половину беременности, то обычно оно сопровождается ухудшением общего состояния женщины. Роды могут



**Вирусный гепатит В - это вирусный гепатит, вызываемый вирусом гепатита В (HBV).**

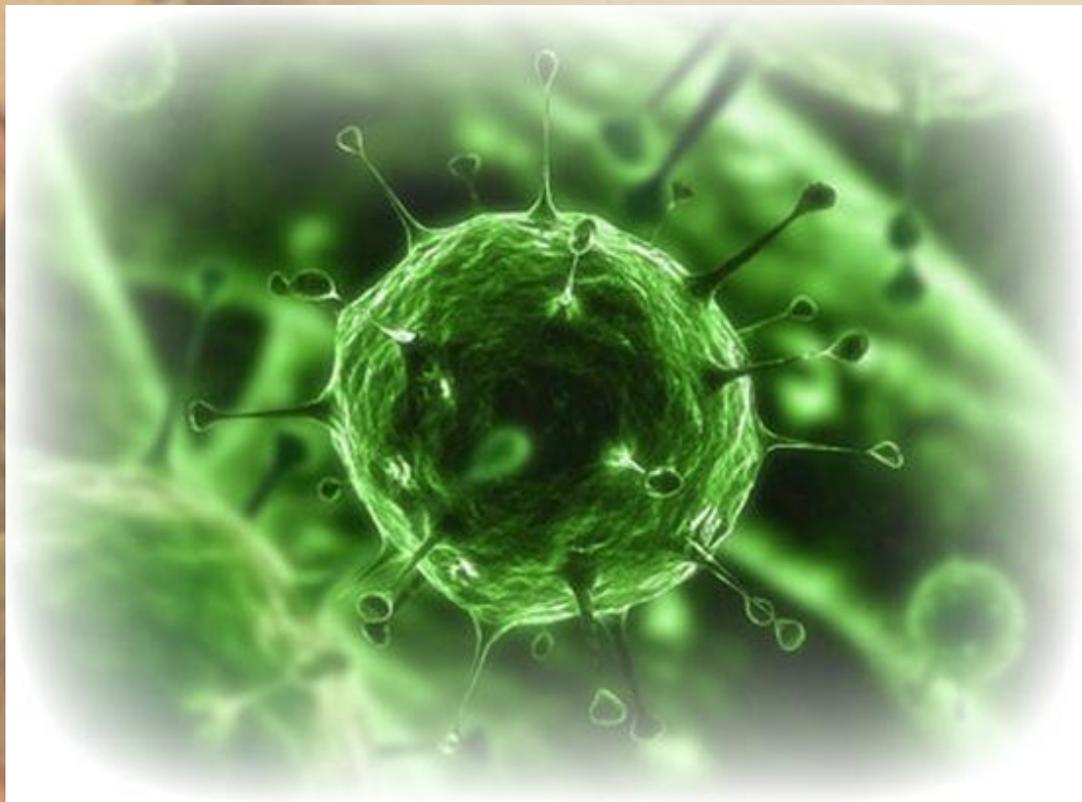
**Вирусный гепатит В - один из наиболее распространенных в Украине и в мире. Два миллиарда из живущих ныне на Земле людей были инфицированы вирусом гепатита В, из них у 360 миллионов заболевание перешло в хроническую форму. 520 тыс. человек ежегодно погибает от HBV-инфекции (52000 - от острого гепатита В и 470000 - от цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, которая занимает 9 место среди наиболее распространенных причин смерти).**

# Источником вирусного гепатита

В является больной острой или хронической формой вирусного гепатита В. Во многих случаях пациент остается в неведении относительно того, что он представляет опасность для окружающих, поскольку примерно у 1/3 острый вирусный гепатит В протекает в безжелтушной форме и правильный диагноз не устанавливается, а больные хроническим гепатитом в течение многих лет чувствуют себя совершенно здоровыми.

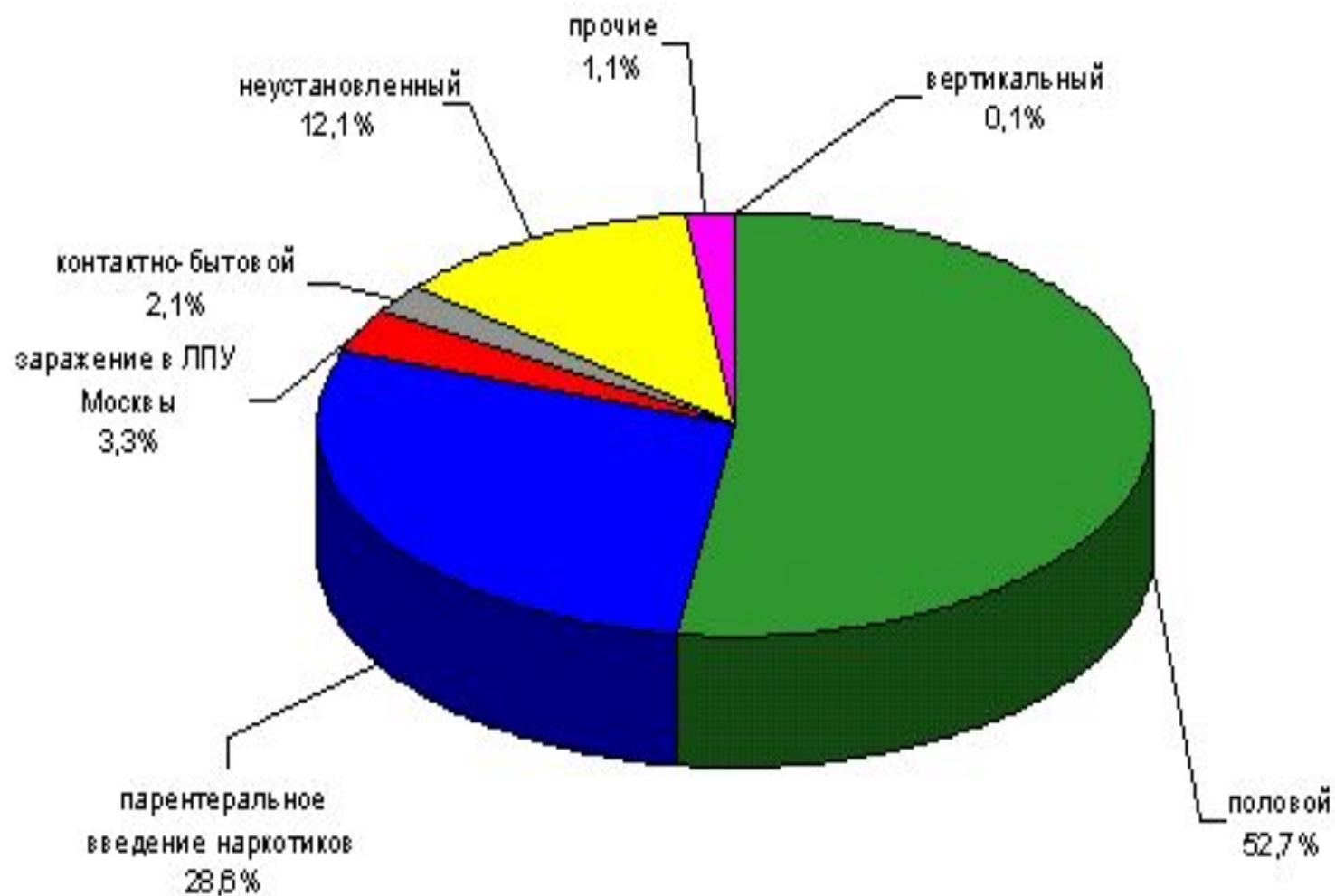
HBV легко обнаруживается в сыворотке больного. Высокий уровень вируса также наблюдается в сперме, вагинальном секрете, слюне. Вирус не обнаруживается в моче, кале, поте. Соответственно, заражение происходит тогда, когда кровь или биологические жидкости больного вирусным гепатитом попадают в кровь или на слизистые оболочки здорового человека. Это может происходить при следующих обстоятельствах:

- при половом контакте с инфицированным гепатитом В;
- при внутривенном введении наркотиков (как через наркотик при определенных способах его изготовления, так и через общие с другими наркоманами шприцы);
- во время родов заражается новорожденный от инфицированной матери;
- при переливании инфицированной крови;



**Вирусный гепатит С** - это вирусный гепатит, вызываемый вирусом гепатита С (HCV). По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в мире насчитывается около 200-250 млн. инфицированных вирусом гепатита С. Ежегодно от последствий хронического вирусного гепатита С умирает более 1 млн. человек: 700 тыс. от цирроза печени (ЦП) и 300 тыс. от первичного рака печени. По прогнозам ВОЗ на предстоящие 10-20 лет благодаря хроническому вирусному гепатиту С на 60% процентов увеличится число больных ЦП и на 68% - первичным раком печени, что приведет практически к двукратному росту смертности от этого заболевания.





## Causas



Tipos A y E

Agua y alimentos  
en mal estado

Tipos B y C



Transfusiones  
de sangre

Jeringuillas  
con partidas

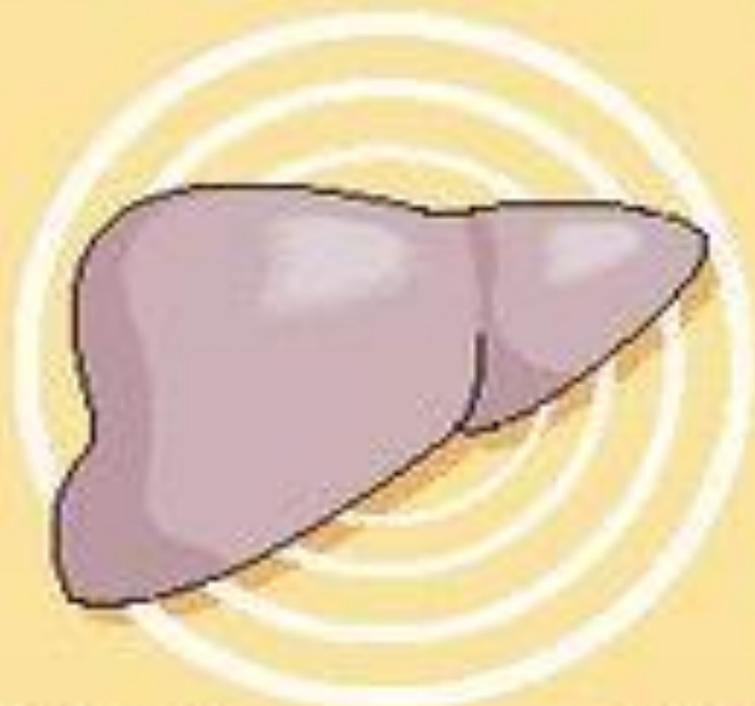


Tipos B y C

Relaciones  
sexuales



Tipo B





## Влияние гепатитов на беременность

Влияние гепатитов на беременность обусловлено многими факторами, но, прежде всего, определяется типом вируса, вызвавшим развитие гепатита. Лидирующее место по частоте неблагоприятных исходов у беременных при ВГ занимают Юго-Восточная Азия и Африка, что объясняется высоким удельным весом вирусного гепатита Е (ВГЕ) в этих странах. Именно при ВГЕ смертность остается очень высокой, составляя от 1,5% до 21% в зависимости от триместра беременности. При вирусном гепатите В (ВГВ) в странах этого региона материнская смертность достигает 10-45%. В экономически развитых странах летальность беременных при ВГ не превышает такие же показатели для небеременных. Беременность, как правило, не оказывает какого-либо заметногоотягчающего влияния на течение ВГ. Наиболее значимым проявлением является досрочное прерывание беременности в виде самопроизвольных абортв и преждевременных родов.



Частота самопроизвольных аборт  
при вирусном гепатите А (ВГА)  
составляет около 1%,  
преждевременных родов - 17,8%. При  
ВГВ прерывание беременности при  
легком течении отмечено у 7,7%, при  
среднетяжелом у 34,1%, при тяжелом у  
55,5% беременных.

Невынашиваемость беременности  
при остром вирусном гепатите С (ВГС)  
примерно такая же как при ВГВ  
(15-20%). При хронических гепатитах  
частота невынашивания (выкидыши и  
преждевременные роды)  
существенно ниже: 2% и 10%  
соответственно. Не отмечено  
увеличения количества врожденных  
аномалий, акушерских осложнений, а  
также более низкой массы при  
рождении детей у матерей больных  
хроническими вирусными гепатитами.







Одной из опасностей ВГ во время беременности является угроза инфицирования плода. Возможность вертикальной трансмиссии (передача ВГ от матери к плоду) при различных по этиологии гепатитах варьирует в широких пределах. Наиболее часто происходит инфицирование вирусными гепатитами В, G и в меньшей степени С. Инфицирование же вирусными гепатитами А или Е возможно только теоретически в момент родов при наличии острого гепатита у матери. Если внутриутробное инфицирование происходит в ранние сроки беременности, это заканчивается выкидышем. При инфицировании плода в более поздние сроки беременности возможно рождение живого, но зараженного ребенка, а иногда уже и с последствиями перенесенной инфекции. Считают, что 5-10% новорожденных, родившихся от матерей носителей HBsAg (австралийский антиген - маркер ВГВ) могут инфицироваться внутриутробно. При наличии у матери активного гепатита, инфицированными могут оказаться около 90% новорожденных. Поэтому определение маркеров размножения вируса и количества вируса в крови (вирусной нагрузки), особенно во 2 и 3 триместре беременности, позволяет приблизительно оценить риск развития гепатита у ребенка. Риск вертикальной трансмиссии наиболее высок при вирусном гепатите G (75-80%), хотя значение этого вируса в структуре печеночных заболеваний остается противоречивым.



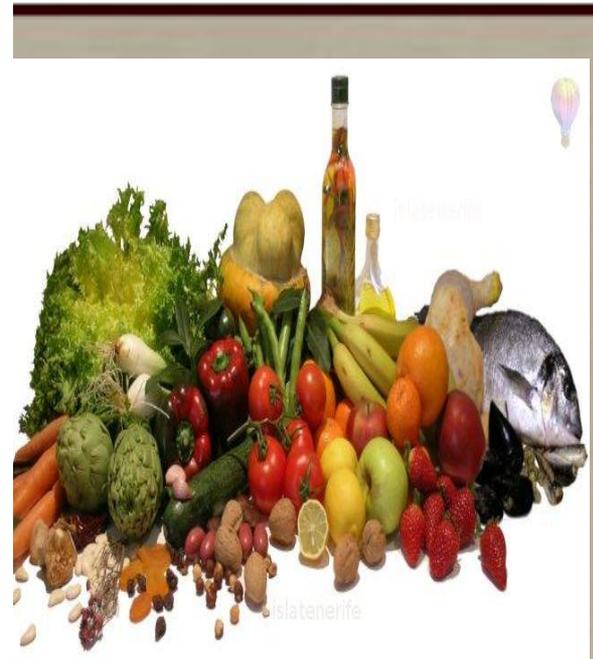
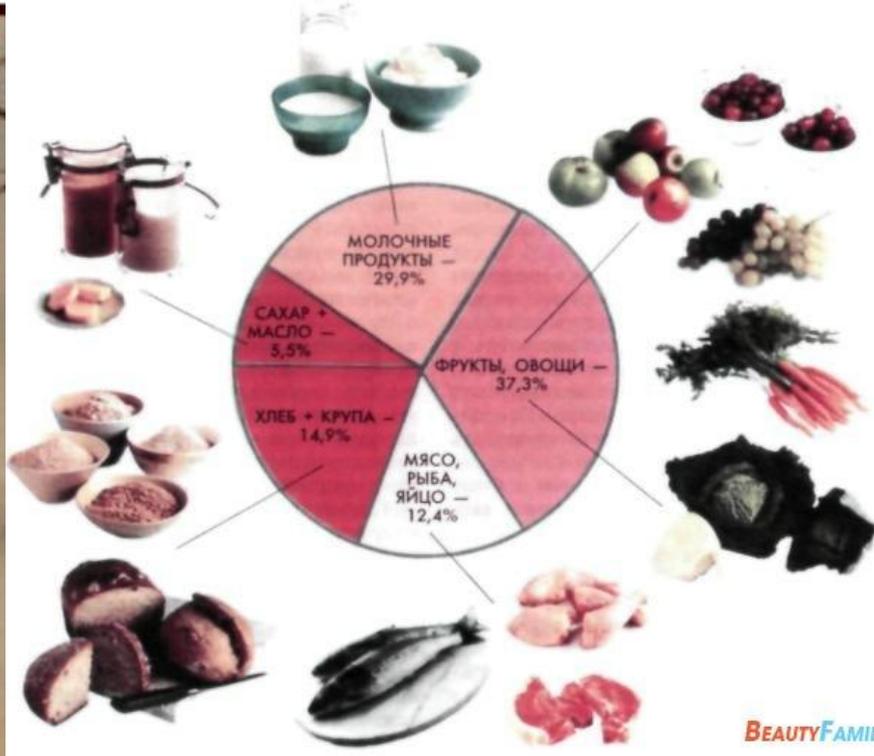
При наличии вирусного гепатита С у матери вертикальная передача осуществляется не более чем в 3-5% случаев. Риск инфицирования возрастает до 15% при одновременном инфицировании ВИЧ, либо при высокой вирусной нагрузке (РНК-ВГС превышает 10<sup>6</sup> копий/мл). При наличии у беременной иммунодефицита или условий провоцирующих обострение гепатита во время беременности (токсикозы беременности, гиповитаминоз, плохое питание) риск внутриутробного инфицирования возрастает.

В большинстве случаев инфицирование происходит в момент родов или ближайший послеродовой период, когда при прохождении плода через родовые пути инфицированная кровь матери попадает на кожу ребенка или же при заглатывании им крови и околоплодных вод.

# Прогноз гепатитов при беременности



- **Мать.** Вирусные гепатиты повышают риск преждевременных родов. В развитых странах связи между тяжестью заболевания и беременностью не установлено. В развивающихся странах вирусные гепатиты у беременных протекают тяжелее, чем у небеременных.
- **Плод.** Риск внутриутробного заражения гепатитом В зависит от времени заболевания матери: при заражении в III триместре беременности он составляет 75%, а при заражении в I триместре — всего 10%. Таким образом, гепатит чаще наблюдается у новорожденных, чьи матери заразились им в конце беременности. Гепатит В не влияет на риск врожденных пороков. Риск внутриутробного заражения гепатитом С не зависит от времени заражения матери.



## Лечение гепатитов при беременности

Лечение включает диету и постельный режим. Если в сыворотке матери обнаружен HBsAg (особенно если женщина заразилась во второй половине беременности), новорожденному вводят иммуноглобулин и вакцину против гепатита В. Вакцину вводят сразу после рождения и через 1 и 6 мес.



# Профилактика гепатитов во время беременности



- Для профилактики гепатита А во время беременности применяют иммуноглобулин для в/м введения, 0,02 мл/кг однократно, но не более 2 мл.
- Для профилактики гепатита В во время беременности применяют иммуноглобулин для в/м введения, 0,04 мл/кг, но не более 4 мл, или иммуноглобулин против гепатита В, 0,05—0,07 мл/кг. Препарат вводят дважды: первый раз в течение 7 сут после контакта, второй — через 25—30 сут.
- Женщинам, в том числе беременным, у которых высок риск заражения гепатитом В, показана вакцинация.
- Методы профилактики и лечения гепатита С не разработаны.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!!



ПОДАРИ МНЕ  
ЖИЗНЬ!

**ГАОУ СПО НСО Новосибирский медицинский  
колледж.**

# **Анемия у беременных.**



**Работу выполнили:  
Студентки II курса , гр.А-21  
Ускембаева А.С. и Морозова Ю.В  
Преподаватель: Клачкова Е.В.**

**Новосибирск  
2014год**

# Анемия

- Анемией называется патологическое состояние, при котором в крови снижено количество гемоглобина.
- Как правило, снижение гемоглобина во всей циркулирующей в сосудистом русле крови совпадает со снижением гемоглобина в единице объема (1л).
- Однако могут быть исключения. При острой постгеморрагической анемии в первые часы после кровопотери из-за уменьшения ОЦК концентрация гемоглобина на единицу объема остается нормальной.

- # АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ
- Анемия беременных — анемия, развивающаяся во время беременности (преимущественно во II или III триместре) вследствие недостаточного удовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в веществах, необходимых для кроветворения.

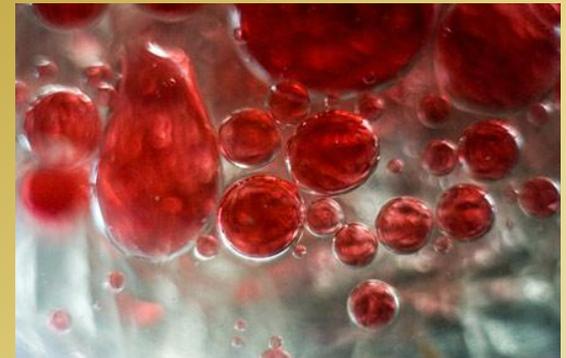
## КОД ПО МКБ-10

- O99.0 Анемия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.

# АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ❑ Частота анемий, определяемых по снижению Hb с использованием стандартов ВОЗ, колеблется в различных регионах мира в пределах 21-80%.
- ❑ Среди анемий беременных 75-90% составляют железо- и белководефицитные анемии, другие формы встречаются гораздо реже.



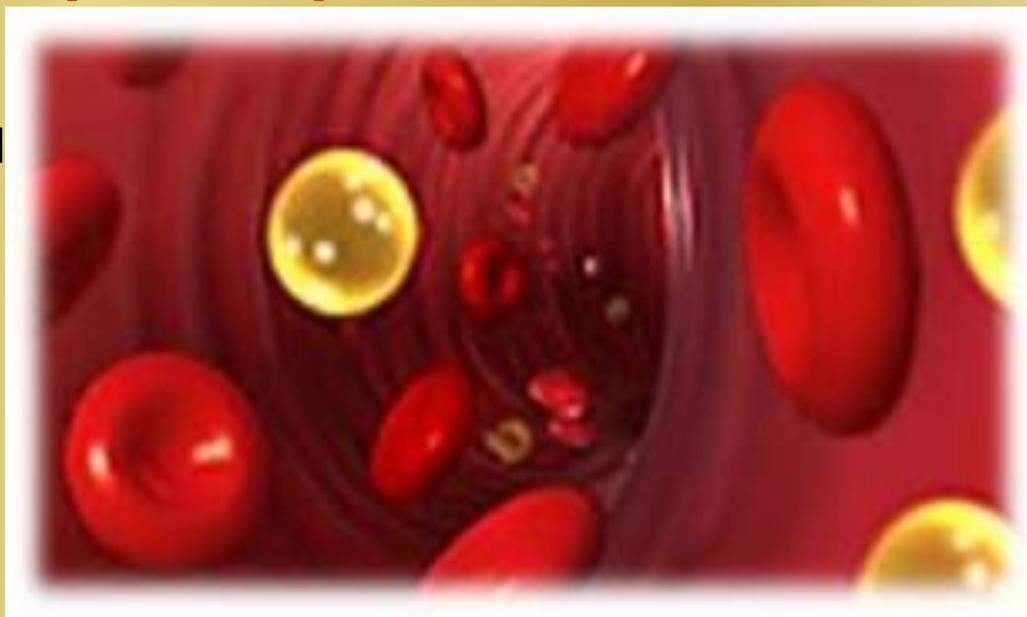
# По определению ВОЗ,

анемией у беременных  
следует считать состояние, при котором  
уровень Hg составляет:

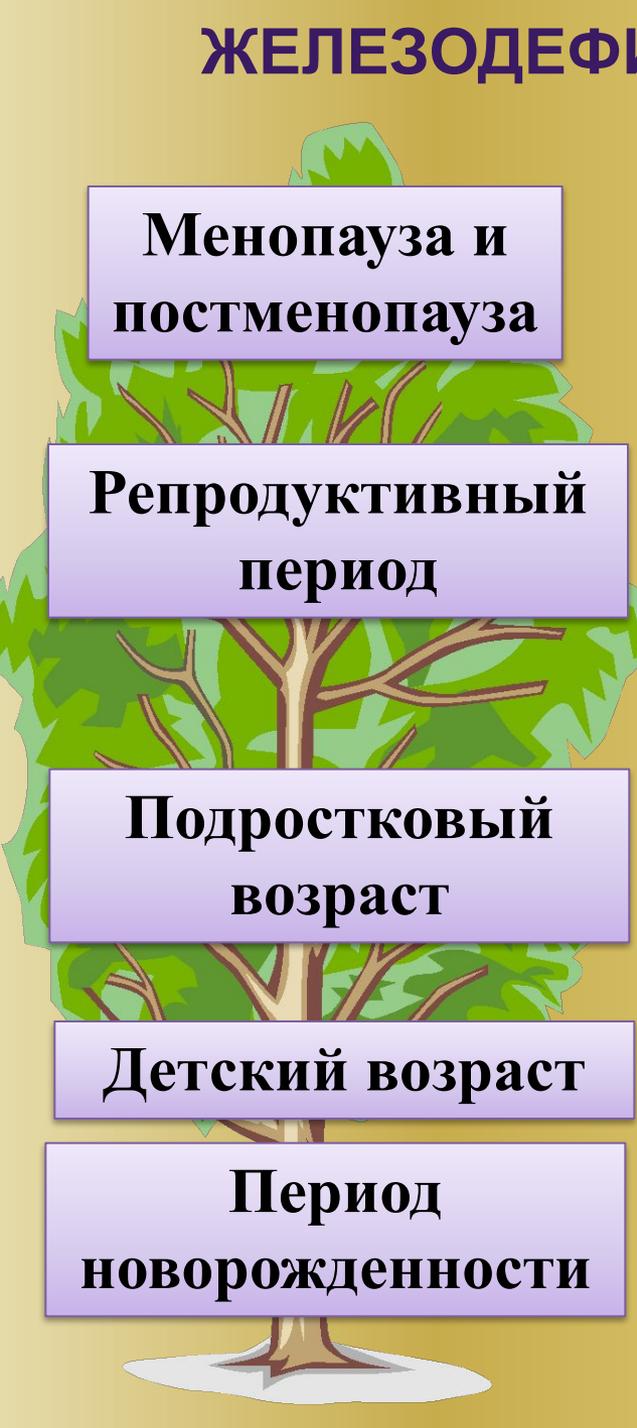
- **менее 110 г/л в I и III триместрах,**
- **менее 105 г/л во II триместре**

При анемии у рожениц

- **менее 100г/л**



# ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ



**Менопауза и  
постменопауза**

**Репродуктивный  
период**

**Подростковый  
возраст**

**Детский возраст**

**Период  
новорожденности**

Хронические заболевания ЖКТ (мальабсорбция), злокачественные новообразования кишечника и связанные с ним кровотечения, опухоли тела матки: миома матки, гиперпластические процессы (маточные кровотечения)

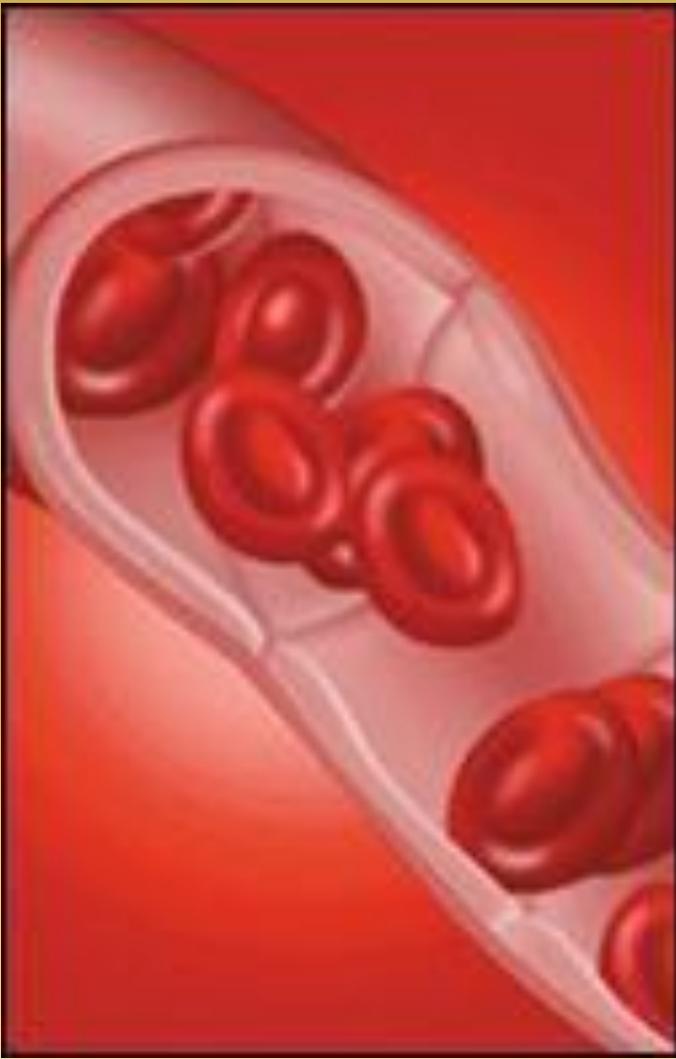
**Беременность, роды, лактация**

Нарушения менструального цикла (меноррагии, полименорея), ювенильные маточные кровотечения (в том числе обусловленные геморрагическими дефектами гемостаза – болезнь Виллебранда, тромбоцитопатии)

Глистная инвазия, энтериты, несбалансированное питание, др.

Маловесные, недоношенные дети, близнецы, активный рост, неадекватное поступление Fe с пищей, кровотечения, ФПН в антенатальном периоде

# Железодефицитная анемия



клинико-гематологический синдром,  
характеризующийся  
снижением содержания Hb  
и (или) эритроцитов  
в единице объема крови  
в результате дефицита Fe

# Стадии дефицита железа

- ✓ Прелатентный дефицит железа  
(дефицит резервного железа)
- ✓ Латентный дефицит железа  
(дефицит транспортного железа)
- ✓ Явный дефицит железа  
(железодефицитная анемия)

# ВЕЩЕСТВА И ПИЩЕВЫЕ ПРОДУКТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВСАСЫВАНИЕ НЕГЕМООВОГО ЖЕЛЕЗА (Fe<sup>++</sup>)

## СПОСОБСТВУЮТ

## ПРЕПЯТСТВУЮТ

### Вещества

органические кислоты:  
аскорбиновая  
янтарная  
молочная  
лимонная

легко усвояемые белки  
фитаты  
полифенол  
оксалаты  
карбонаты  
фосфаты  
кальций

### Пищевые продукты

мясо  
птица  
рыба  
фруктовые соки

коровье молоко  
сыр, творог  
куриные яйца  
пшеничные отруби  
волокнистые продукты  
(клетчатка)  
орехи  
чай, кофе

# Анемия при беременности обусловлена

- повышенным потреблением железа, необходимого для развития плаценты и плода;
- изменениями гормонального фона;
- развитием раннего токсикоза, препятствующего всасыванию в ЖКТ микроэлементов;
- эндогенной недостаточностью железа (частые роды, лактация,...);
- язвенной болезнью желудка, энтеритом, гипотиреозом, глистной инвазией, грыжей пищеводного отдела диафрагмы.

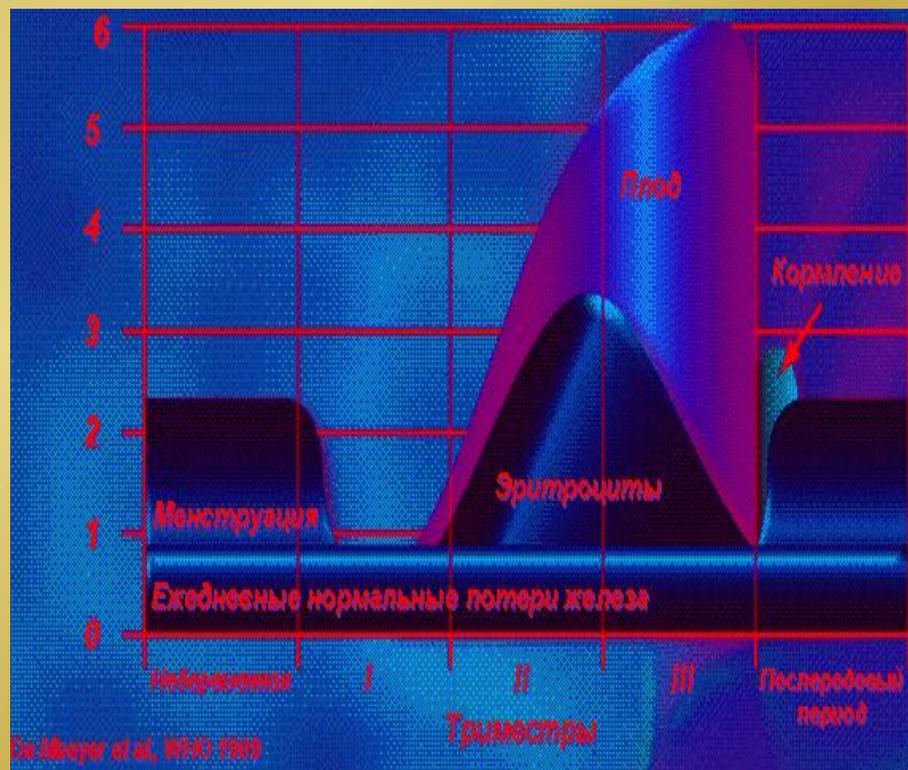
# БЕРЕМЕННОСТЬ - ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, УВЕЛИЧИВАЮЩЕЕ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖЕЛЕЗЕ



I триместр + 16%

II триместр + 59%

III триместр + 67%



# ПОТРЕБНОСТЬ В FE ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

☐ I триместр – 2 мг/сутки.

☐ II триместр – 2–3 мг/сутки.

☐ II триместр – 3–10 мг/сутки.



# Суммарная потеря железа к окончанию беременности составляет 1200 – 1400 мг

из которых

- На кроветворение с увеличением объема расходуется 500 мг;
- На потребности плода – 280-290 мг;
- Плаценту – 25-100 мг;
- Физиологическая кровопотеря в 3-м периоде родов (150 мг);
- Лактация (400 мг).



# ОСНОВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ЖДА

- низкий цветовой показатель ( $\leq 0,85$ );
- гипохромия эритроцитов;
- снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците;
- микроцитоз, пойкилоцитоз, эритроцитов
- уменьшение содержания железа в сыворотке крови (сывороточное  $< 12,5$  мкмоль/л);
- повышение общей железосвязывающей способности сыворотки ОЖСС  $> 85$  мкмоль/л (показатель «голодания»);
- снижение уровня ферритина в сыворотке ( $< 15$  мкг/л).

Уровень ферритина определяет запас железа в организме, являясь надежным тестом для диагностики дефицита железа.

# Нормативные параметры

## Лабораторные показатели



- **Hb 120 г/л,**

*Беременные:*

- ✓ *более 110 г\л (I и III триместр)*

- ✓ *более 105 г\л (II триместр)*

- **Цветовой показатель 0,86-1,05**

- **Ht 36-42 %**

- **Ретикулоциты - 0,2-1,2 %**

- **Сывороточное Fe - 12,5-30,4  
мкмоль\л**

# КЛАССИФИКАЦИЯ

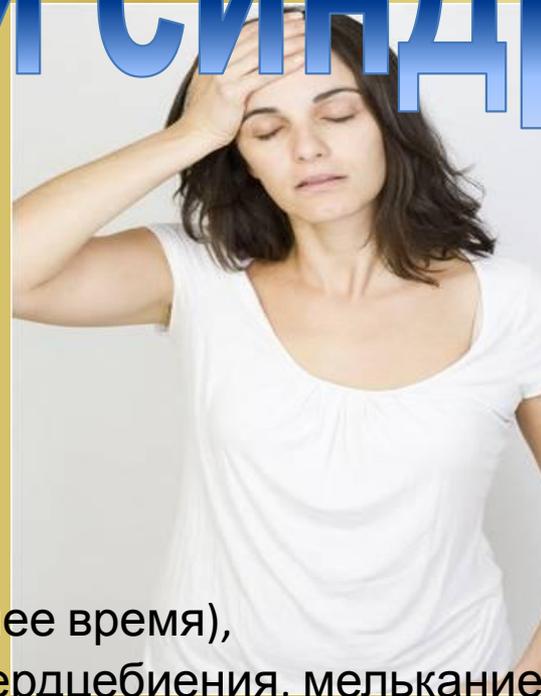
Степень тяжести анемии определяют по данным лабораторного исследования:

- Легкая - Hb 110-100 г/л, количество эритроцитов  $3,9-3,0 \times 10^{12}/л$ , Ht 36-28%;
- Умеренная - Hb -100-80 г/л; количество эритроцитов  $3,0-2,0 \times 10^{12}/л$ , Ht 28-22%;
- Тяжёлая - Hb  $\leq 80$  г/л; количество эритроцитов менее  $2,0 \times 10^{12}/л$ , Ht  $\leq 22\%$ .

# ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА В КРОВЕТВОРЕНИИ



# Анемический синдром



- бледность кожи и слизистых оболочек,
- слабость, повышенная утомляемость,
- головокружение, головная боль (чаще в вечернее время),
- одышка при физической нагрузке, ощущение сердцебиения, мелькание «мушек» перед глазами при невысоком уровне АД,
- сонливость днем и плохой сон ночью,
- раздражительность, нервозность, плаксивость,
- снижение памяти и внимания, ухудшение аппетита.

# Группы риска по развитию ЖДА во время беременности

- Анемия при прошлых беременностях
- Вегетарианская диета
- Уровень Hg в первом триместре беременности менее 110 г/л
- Осложнения беременности (ранний токсикоз, вирусные заболевания, угроза прерывания)
- Многоплодная беременность
- Многоводие



## Осложнения гестационного периода при ЖДА:

- гипотрофия плода (25%)
- гипоксия плода (35%)
- гестозы (40%),
- невынашивание беременности (15- 42%),
- отслойка плаценты,
- кровотечения (10%),
- снижение моторной функции матки (слабость родовой деятельности) (10—15%);
- кровотечения в III триместре беременности и раннем послеродовом периоде (10%);
- гипогалактия (39%);
- гнойно-септические инфекции в послеродовом периоде (снижение иммунитета) (12%).



# Последствия ЖДА

## *у новорожденных детей*

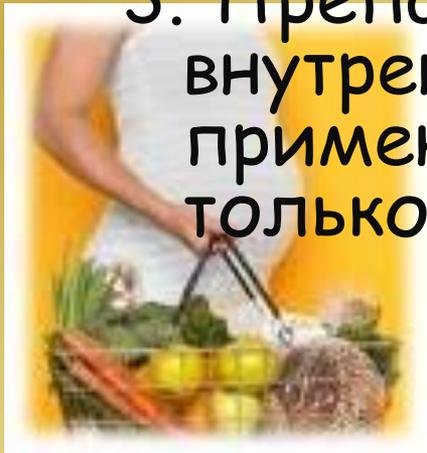
-  Низкий вес и оценка по шкале Apgar при рождении
-  Ухудшение процессов ранней неонатальной адаптации
-  Развитие \ прогрессирующее ЖДА
-  Нарушение моторного и речевого развития, снижение успеваемости
-  Психологические и поведенческие изменения
-  Пониженная физическая активность



# Принципы лечения железодефицитной анемии



1. ЖДА нельзя вылечить без лекарственных препаратов, используя только продукты питания, богатые железом, и БАДы.
2. ЖДА надо лечить препаратами железа, а не витаминами, в том числе  $V_{12}$ , препаратами печени и другими "антианемическими средствами".
3. Препараты железа надо назначать для внутреннего употребления. Парентеральное применение препаратов железа требуется только в особых случаях.



# Рекомендации ВОЗ:



40 - 60 мг в день

# Препараты Fe

ИОННЫЕ ПРЕПАРАТЫ Fe 2 <sup>+</sup>		НЕИОННЫЕ СОЕДИНЕНИЯ Fe 3 <sup>+</sup>	
СОЛИ ЖЕЛЕЗА	ПРЕПАРАТЫ	ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИЕ КОМПЛЕКСЫ	ПРЕПАРАТЫ
Сульфат железа	Сорбифер Фенюльс Ферроплекс Активферрин Тардиферон Ферро-фольгамма	Железа протеин сукциниллат (Ферлатум)	Ферлатум
Фумарат железа	Ферретаб	Железо- полимальтозный комплекс	Мальтофер Феррум Лек
Хлорид железа	Гемофер		
Глюконат железа	Тотема		

# ТРОМБОФИЛИИ

**Своевременная профилактика тромбофилий во время беременности предупреждает:**

- Риск развития синдрома потери плода;
- Риск гестоза;
- Риск сердечно-сосудистых осложнений;
- Риск цереброваскулярных осложнений.

**Омега-3 ПНЖК включены в комплексную терапию данных состояний**

# ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

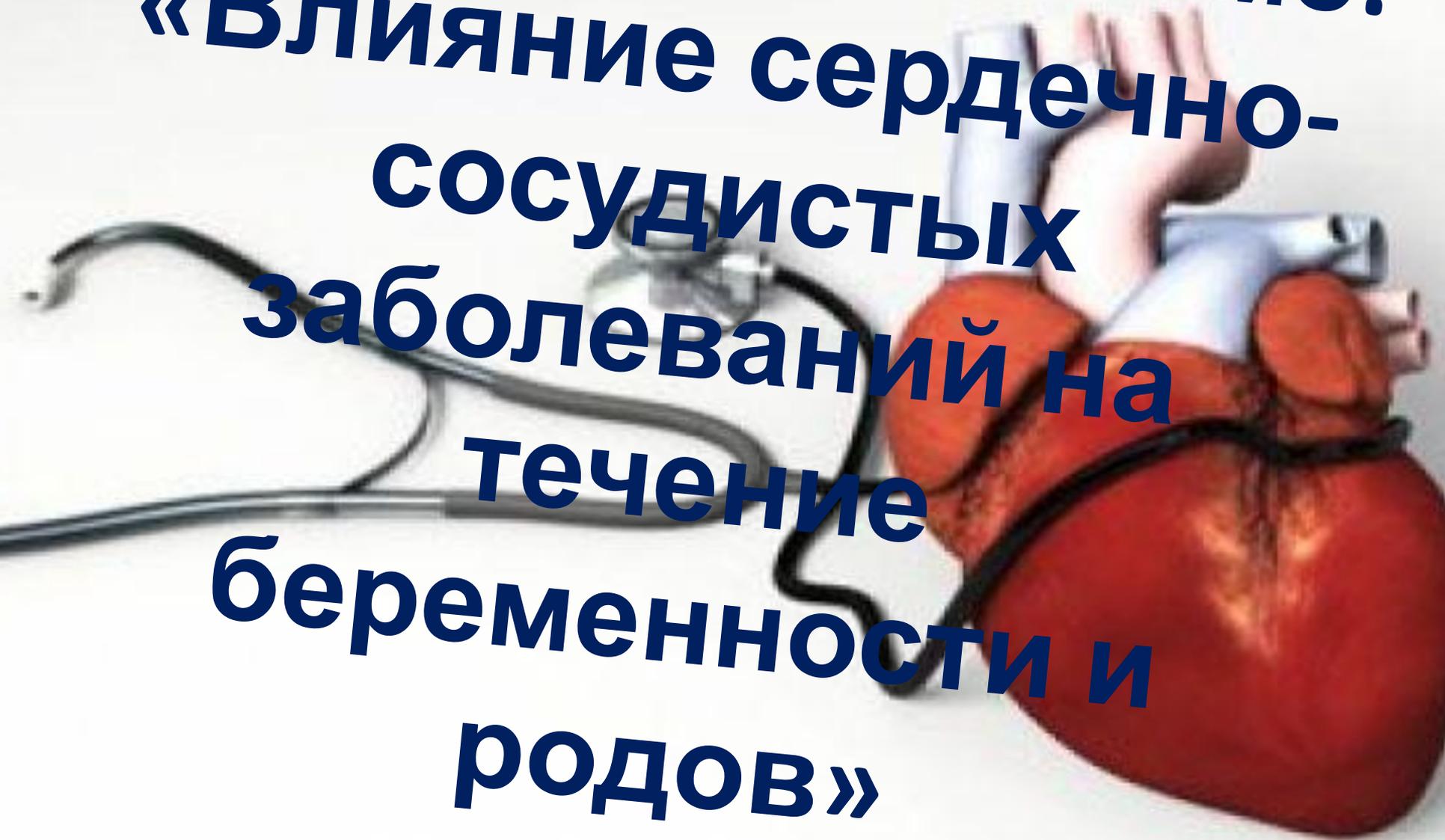
Омега-3 ПНЖК характеризуются антидепрессивным влиянием, поскольку играют важную роль в функционировании серотонинэргических систем, в связи с чем, дефицит этих веществ в организме может способствовать развитию депрессивных симптомов.\*



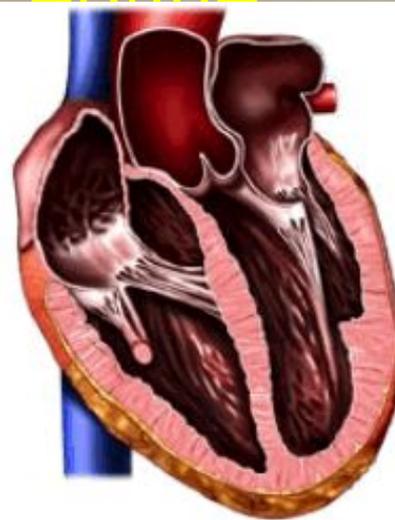
\*(Hibbeln JR. J Affect Disord 2002;69: 15-29; De Vriese SR и соавт. Life Sci 2003;73: 3181-7; Otto SJ и соавт. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids 2003;69:237-43)

## Омега-3

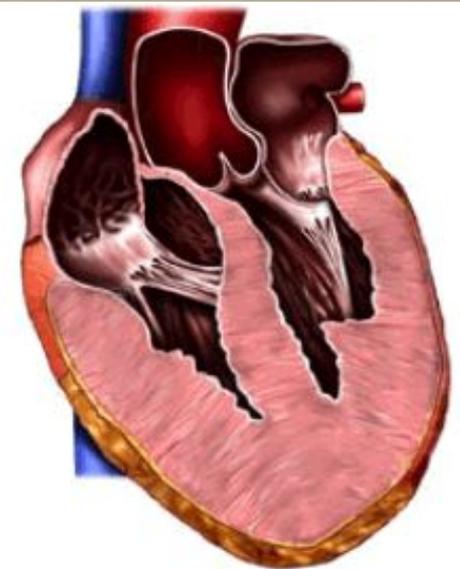
**Презентация по теме:  
«Влияние сердечно-  
сосудистых  
заболеваний на  
течение  
беременности и  
родов»**



Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе приобретенные и врожденные пороки сердца, оперированное сердце



Normal heart  
(cross section)



Hypertrophic  
cardiomyopathy

**РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ**  
сердца встречаются у 7-8%  
беременных.

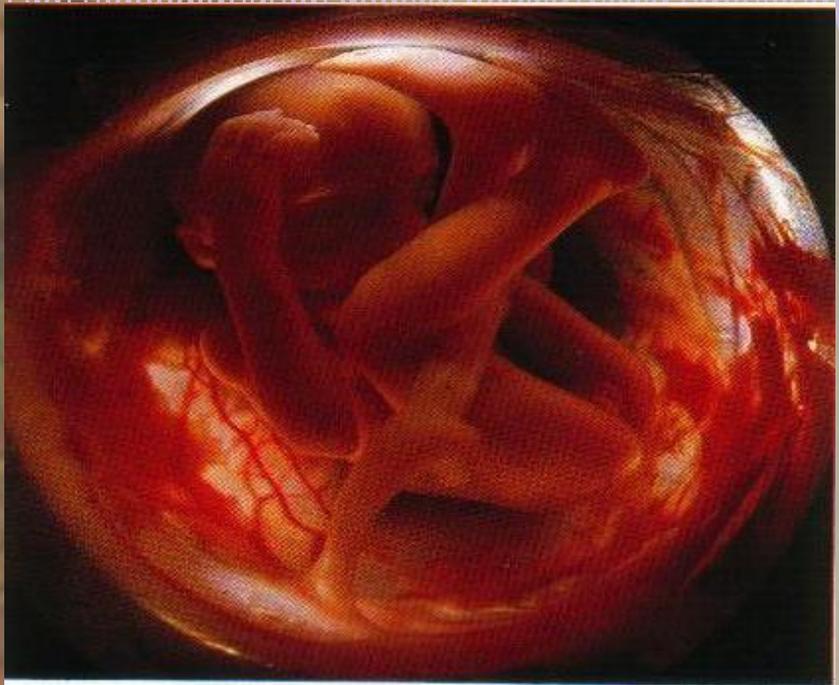
**женщин, перенесших  
последнее обострение  
ревматизма в ближайшие 2  
года до наступления  
беременности, следует  
относить к группе высокого  
риска.**

**Особо следует выделить церебральную  
форму ревматизма, протекающую с  
преимущественным поражением  
центральной нервной системы.**

**Беременность может провоцировать  
рецидивы хореи, развитие психозов,  
гемиплегии вследствие ревматического  
васкулита головного мозга.**



При наследственной форме ревматизма наблюдается высокая летальность, достигающая 20-25%.



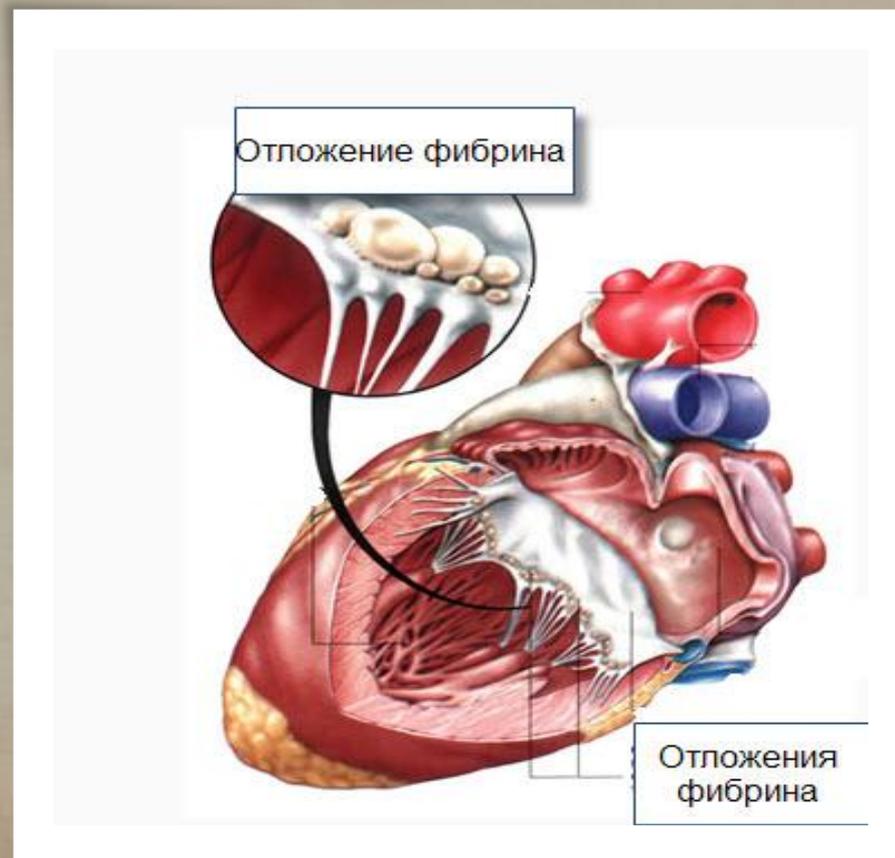
Возникновение беременности на фоне активного ревматического процесса весьма неблагоприятно, и в ранние сроки рекомендуется ее прерывание .

В поздние сроки беременности предпринимают досрочное родоразрешение, кесарево сечение .

больных митральным стенозом во время беременности в связи с физиологической гиперволемией, которая усиливает легочную гипертензию, возрастает опасность отека легких.

**Наиболее надежным выходом для обеспечения благоприятного исхода в таких случаях является митральная комиссуротомия.**

**ни один способ родоразрешения не помогает**



## ВАРИАНТА:

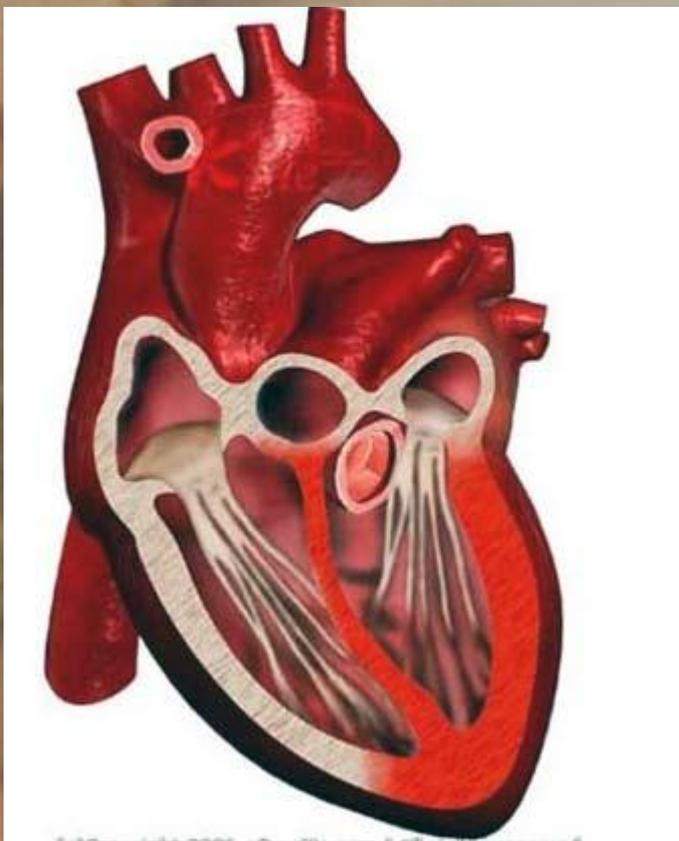
Первый вариант:  
производится искусственный  
аборт и затем митральная  
комиссуротомия

Второй вариант, производится  
митральная комиссуротомия  
во время настоящей  
беременности в любые ее  
сроки , но лучше на 24, 32-й

Третий вариант: производится  
кесарево сечение на 30 -40-й  
неделе беременности при  
достаточной зрелости плода и  
одноэтапно митральная  
комиссуротомия.

# МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Беременность при этой патологии протекает значительно легче. Обычно заканчивается спонтанными родами.



У таких женщин с ранних сроков беременности появляются или нарастают признаки сердечной недостаточности, к которым, как правило, присоединяется тяжелая нефропатия с торпидным течением.

Медикаментозная терапия в этих случаях малоэффективна, поэтому применяют или прерывание беременности в ранние сроки или досрочное родоразрешение в плановом порядке абдоминальным

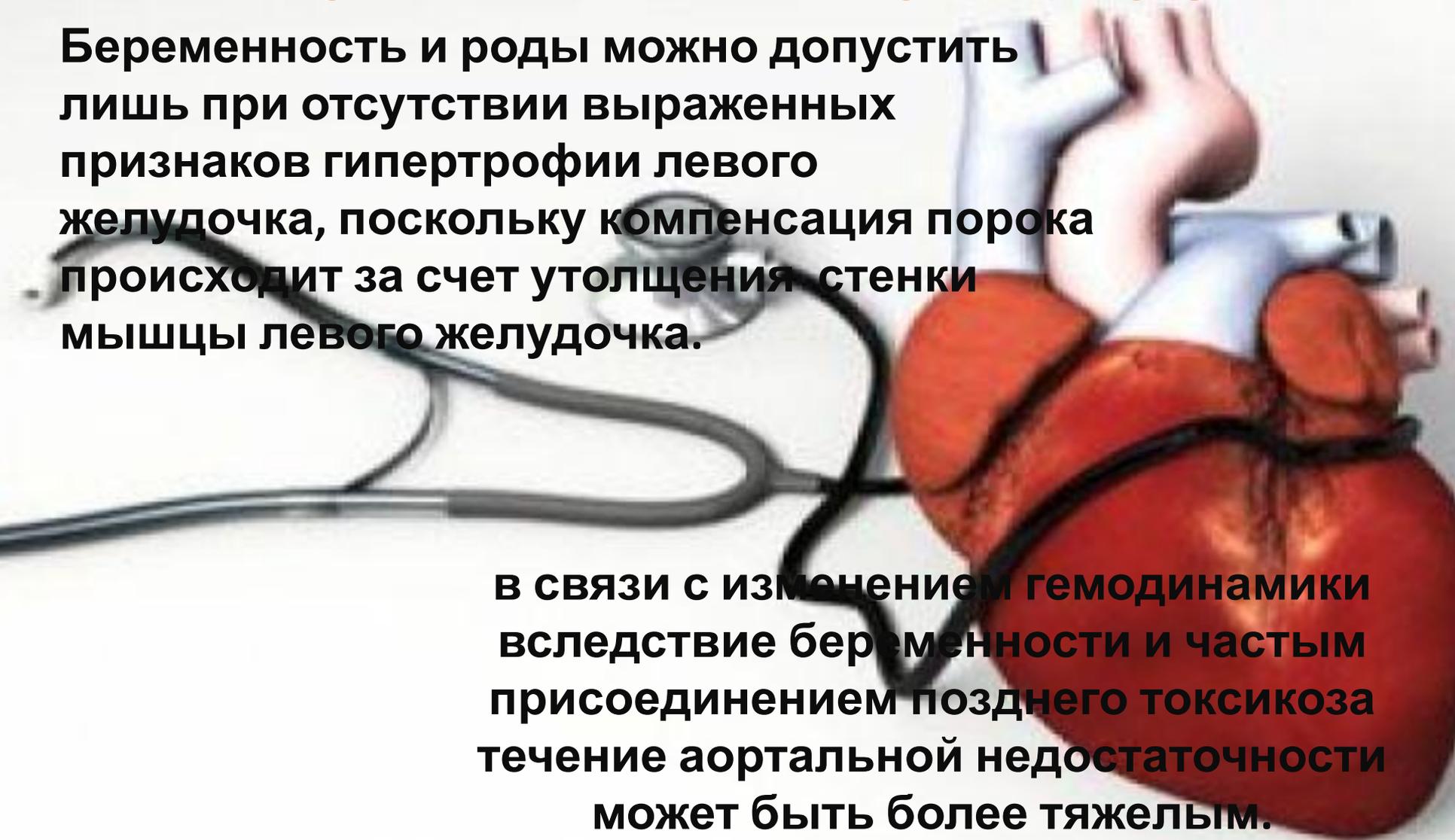


ТАКИМ БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВАГИНАЛЬНЫМ ПУТЕМ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ СПИРАЛИ, А ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СПОСОБЕ ПРОИЗВОДЯТ СТЕРИЛИЗАЦИЮ.

# АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ.

**Беременность и роды можно допустить лишь при отсутствии выраженных признаков гипертрофии левого желудочка, поскольку компенсация порока происходит за счет утолщения стенки мышцы левого желудочка.**

**В связи с изменением гемодинамики вследствие беременности и частым присоединением позднего токсикоза течение аортальной недостаточности может быть более тяжелым.**



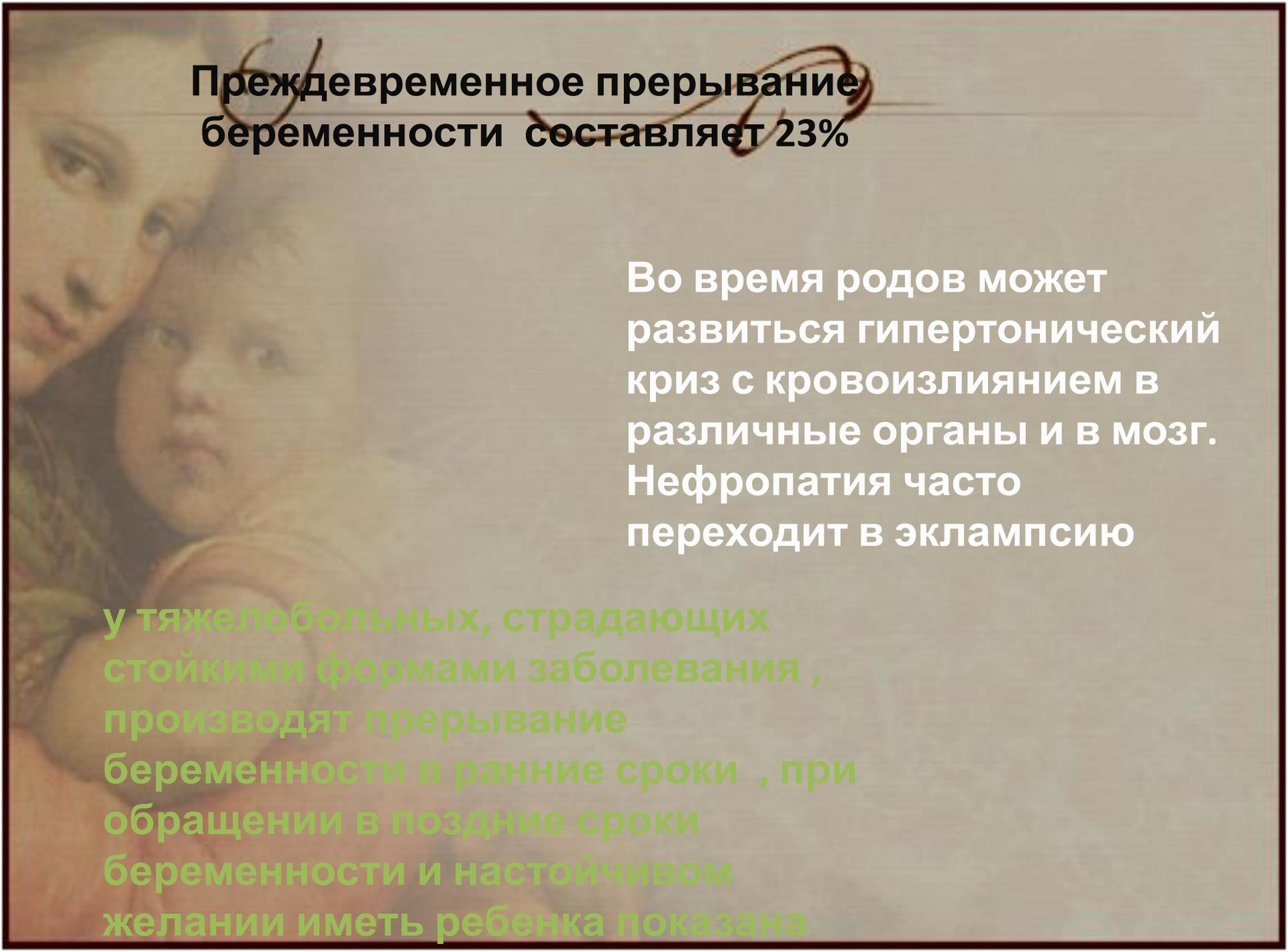
# ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

встречается в 1-30% случаев.

После 24 нед давление повышается у всех больных ,  
На этом фоне часто присоединяется поздний  
ТОКСИКОЗ.

В связи со спазмом маточно-плацентарных сосудов ухудшается доставка к плоду необходимых питательных веществ и кислорода, что создает задержку развития плода.



A soft-focus background image showing a woman's face on the left and a young child's face in the center, both looking towards the camera. The image is slightly blurred and has a warm, muted color palette.

**Преждевременное прерывание  
беременности составляет 23%**

**Во время родов может  
развиться гипертонический  
криз с кровоизлиянием в  
различные органы и в мозг.  
Нефропатия часто  
переходит в эклампсию**

**у тяжелобольных, страдающих  
стойкими формами заболевания ,  
производят прерывание  
беременности в ранние сроки , при  
обращении в поздние сроки  
беременности и настойчивом  
желании иметь ребенка показана**

Во время беременности часто возникают такие осложнения, как невынашивание, плацентарная недостаточность, поздний гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотрофия и гипоксия плода.

При тяжелых видах сердечной патологии рекомендуется проведение стерилизации.



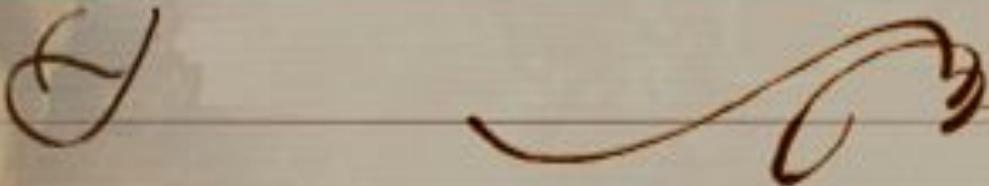
При активной фазе ревматизма и частых обострениях беременность абсолютно противопоказана.



Все эти женщины должны решать вопрос о планировании беременности, а во время беременности наблюдаться в специализированной акушерской клинике.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при беременности.



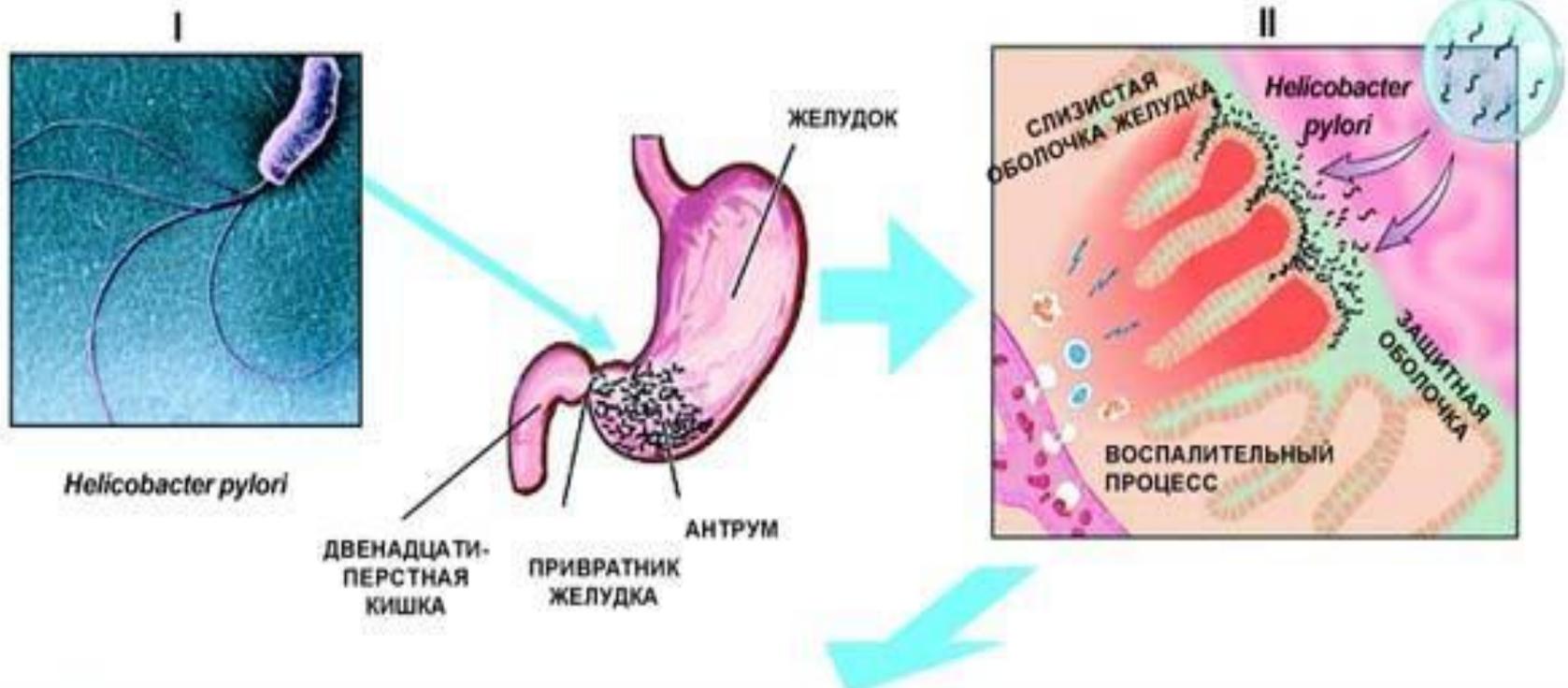
- 
- Язвенная болезнь — хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки в периоды обострения. Установлено, что у большинства пациенток во время беременности наблюдается ремиссия язвенной болезни. Развитие острых язв при беременности встречается крайне редко. Осложнения язвенной болезни (перфорация, кровотечение, стеноз привратника) также редки. Вместе с тем некоторые авторы отмечают, что это не всегда так, и порой создается ложное чувство безопасности. При беременности спокойное течение язвы может внезапно перейти в активное. Подтверждением данного положения являются все чаще появляющиеся сообщения в литературе о развитии язвенных осложнений, порой требующих оперативного лечения. Во всех случаях отмечена их поздняя диагностика.

## • **КЛАССИФИКАЦИЯ**

- По локализации:
  - язвенная болезнь желудка;
  - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- По форме:
  - острая;
  - хроническая.

## • **ЭТИОЛОГИЯ**

- Ведущая роль в развитии заболевания принадлежит микроорганизму *Helicobacter pylori*, который повреждает слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки. Хотя этот микроорганизм можно обнаружить более чем у 80% жителей России, заболевание возникает не у всех.
- Язвенная болезнь развивается при участии дополнительных факторов:
  - стрессы, тревоги, депрессии;
  - отягощённая наследственность;
  - неправильное питание;
  - злоупотребление алкоголем;
  - курение;
  - бесконтрольный приём некоторых лекарств (глюкокортикоиды, аспирин).



**ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

Увеличение массы обкладочных клеток  
Повышенное освобождение гастрина в ответ на еду  
Повышение пепсиногена-I в сыворотке крови  
Дефицит ингибитора трипсина  
Расстройства моторики гастродуоденальной зоны

Группа крови O (II)  
Дополнительный резус-фактор  
„Статус несекретора“  
Дефицит фуномукопротеидов  
Наличие HLA-антигенов H5, H15, B35  
Нарушение выработки ЦГА

**ВНЕШНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ**

Алиментарные  
Вредные привычки  
Лекарственные средства  
Helicobacter pylori  
Невро-психические воздействия

**НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ**

Мозг головного мозга

Гипоталамус

Парасимпатическая система (блуждающий нерв)

Симпатико-адреналовая система

**ФАКТОРЫ АГРЕССИИ**

**НСИ**  
Пепсин  
Нарушения регуляторной деятельности желудка  
Дуодено-гастральный рефлюкс

**ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ**

Щитовидная железа  
Паращитовидные железы  
Поджелудочная железа  
Надпочечники  
Половые железы

**ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ГОРМОНЫ**

Гастрин  
Бомбалин  
Соматостатин  
Вазоактивный интестинальный полипептид  
Гастрокинтестинальный полипептид  
Серретин  
Субстанция P  
Нейрогензин  
Мотилин  
Эндофалин

**ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ**

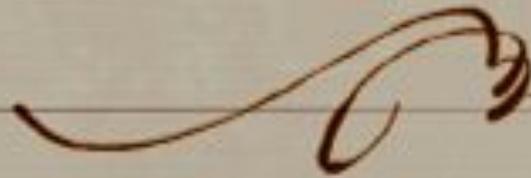
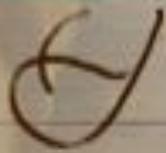
Образование слизи  
Секреция бикарбонатов  
Длительный кровоток  
Регенерация эпителия  
Простагландины  
Иммунная защита

**НАРУШЕНИЕ ДАВНОГО РАВНОВЕСИЯ**

Усиление

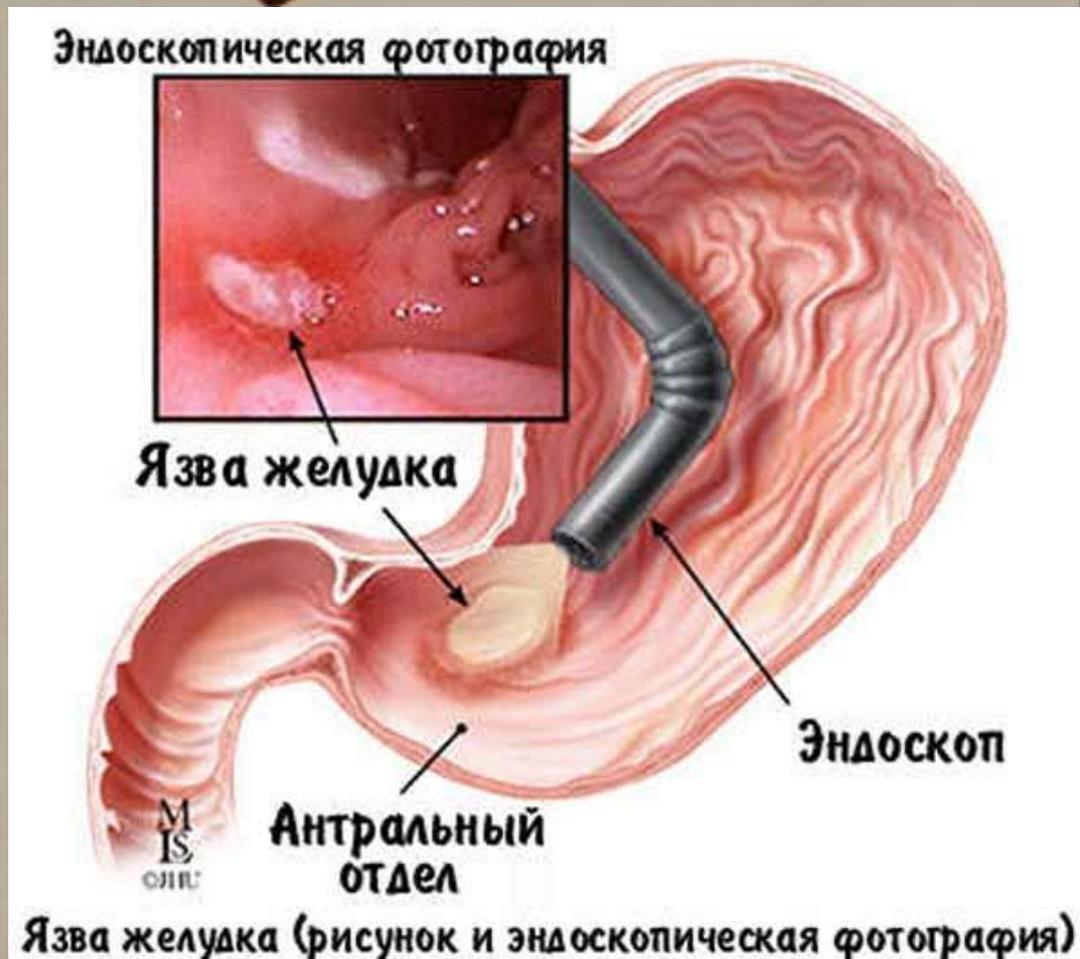
Ослабление

**Язва**

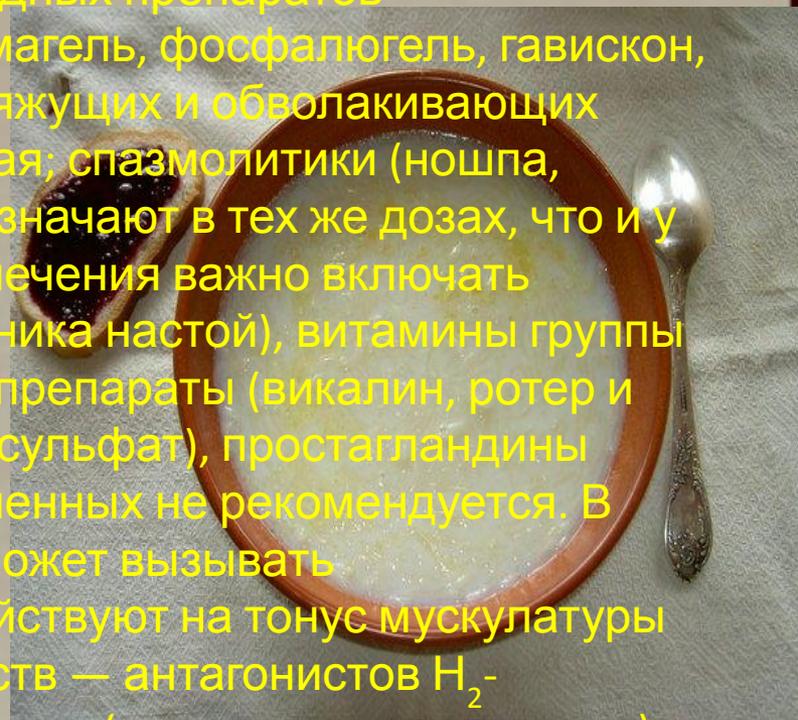


Причина благоприятного течения язвенной болезни в период беременности до сих пор не ясна. По этому поводу высказываются несколько точек зрения. Возможно, это обусловлено снижением пептической активности желудочного содержимого. Однако наши исследования не подтверждают данную точку зрения. Определяя рН в желудочном содержимом у беременных с дуоденальной язвой, мы установили такую же величину, как и вне беременности (1,0—1,5). Возможно, что улучшение язвенной болезни, наблюдаемое во время беременности, обусловлено соблюдением диеты в этот период, в которую обычно включается большое количество молока. Некоторые авторы полагают, что имеет значение значительное понижение моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. По-видимому, основной причиной улучшения состояния пептической язвы у беременных является влияние избыточного количества половых гормонов. Известно, что эстрогены способствуют регенерации слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако действуют ли они прямо на слизистую желудка или опосредуют свой эффект через другие гормоны, включая гастроинтестинальные, и биологически активные вещества (простагландины, эндорфины и др.), пока не ясно.

Клинические симптомы язвенной болезни у беременных такие же, как у небеременных. Диагноз гастродуоденальной язвы устанавливается на основании жалоб на боли в эпигастрии, характеризующиеся сезонностью, периодичностью, тесной связью с приемом пищи, уменьшением их после рвоты, приема молока, щелочей. Боли сопровождаются диспепсическими расстройствами. Из лабораторных методов исследования имеет значение повторное обнаружение крови в кале. Большое значение в диагностике язвы придается эндоскопическому методу исследования.



Лечение язвенной болезни у беременных несколько отличается от такового у небеременных. При обострении язвенной болезни терапию лучше проводить в условиях стационара. При необходимости назначения медикаментозных средств необходимо учитывать их влияние на тонус мускулатуры матки и плод. Лечение следует начинать с щадящей диеты, дробного питания (не менее 5—6 раз в день) и назначения комплекса лекарственных средств (антацидных, вяжущих, обволакивающих и спазмолитических). Из антацидных препаратов рекомендуются невсасывающиеся антациды (алмагель, фосфалюгель, гавискон, магнезия жженая, кальция карбонат), из группы вяжущих и обволакивающих средств — отвары из цветков ромашки, глина белая; спазмолитики (ношпа, папаверина гидрохлорид и др.). Эти лекарства назначают в тех же дозах, что и у небеременных, сроком на 2—3 нед. В комплекс лечения важно включать седативные средства (валерианы корень, пустырника настой), витамины группы В. Висмута нитрат основной, висмутсодержащие препараты (викалин, ротер и др.), ганглиоблокаторы, хо-линолитики (атропина сульфат), простагландины назначать для лечения язвенной болезни у беременных не рекомендуется. В литературе имеются указания о том, что висмут может вызывать метгемоглобинемию у плода; простагландины действуют на тонус мускулатуры матки и т. д. Новую группу противоязвенных средств — антагонистов  $H_2$ -рецепторов гистамина, ускоряющих заживление язвы (циметидин или тагамет), также применять у беременных пока не следует, поскольку не изучено их действие на плод. Критериями эффективности лечения язвенной болезни при беременности являются исчезновение жалоб, характерных для обострения язвенной болезни, отрицательные результаты исследования кала на скрытое кровотечение и рубцевание язвы (подтвержденное эндоскопически).



Роды ведут через естественные родовые пути. Язвенное кровотечение, возникшее в первом периоде родов, является показанием для срочной лапаротомии, кесарева сечения и оперативного лечения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с обязательным дренированием брюшной полости. При язвенном кровотечении во втором периоде родов необходимо срочное ро доразрешение путем наложения акушерских щипцов под тщательным обезболиванием с последующим оперативным лечением язвенной болезни совместно с хирургом [Чуб В. В., Остапенко О. И., 1986]

При осложнении беременности ранним токсикозом (диспепсическим синдромом) лечение токсикоза следует сочетать с противоязвенным С неплохим эффектом используется лечение электроаналгезией. При осложнении беременности водянкой не рекомендуется лечение щелочными минеральными водами и щелочными препаратами, содержащими натрий.



Если показана срочная хирургическая операция в связи с развитием осложнений язвенной болезни, ее проходят, невзирая на беременность [Браун Д, Диксон Г., 1982] О первой успешной операции по поводу перфорации язвы, проведенной в 31-ю неделю беременности, сообщил еще в 1961 г. R. Burkitt.

Все беременные, страдающие язвенной болезнью, должны находиться на диспансерном учете у терапевта женской консультации. Им следует проводить профилактическое лечение, направленное на предупреждение обострения язвенной болезни и развития осложнения.

Язвенная болезнь в большинстве случаев не является противопоказанием для беременности, не оказывает отрицательного влияния на течение беременности и ее исход.



## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальный диагноз язвенной болезни проводят с обострением хронического холецистита, желчнокаменной болезнью, хроническим гастродуоденитом, хроническим аппендицитом, панкреатитом, симптоматическими язвами желудка, изъязвленной опухолью (в том числе первично-язвенным раком), туберкулёзной, сифилитической язвой, изъязвлениями при коллагенозах и амилоидозе. Проводя дифференциальную диагностику с рвотой беременных, следует помнить, что диспепсический синдром, обусловленный язвенной болезнью, всегда сопровождается болями в животе, рвота в большинстве случаев приносит облегчение, ей не всегда предшествует тошнота. Для рвоты беременных характерны: мучительная, почти постоянная тошнота, усиливающаяся под воздействием различных запахов, слюнотечение; рвота не зависит от приёма пищи, часто возникает по утрам, а боли, как правило, отсутствуют. Стенозирующая язва выходного отдела желудка может симулировать чрезмерную рвоту беременных.

Язвенную болезнь во время кровотечения необходимо дифференцировать с болезнью Верльгофа, эрозивным гастритом, синдромом Маллори–Вейсса, кровотечениями из носа и дёсен, раком желудка.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

