

**АГАБАБЯН Л.Р.  
НАСИРОВА З.А.**



**БЕРЕМЕННОСТЬ И  
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ  
ПАТОЛОГИЯ**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Агабабян Лариса Рубеновна  
Насирова Зебинисо Азизовна**



по предмету  
**“Акушерство и гинекология”**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ  
ПАТОЛОГИЯ**

*Учебное пособие*

*Направление образования:  
Акушерство и гинекология - 5510400*



УДК 618.3(075.8)

КБК 57.16я73

А 23

Агабабян, Лариса Рубеновна., Насирова, Зебинисо Азизовна  
Беременность и экстрагенитальная патология [Текст] : учебное пособие  
/ Л.Р. Агабабян, З.А. Насирова .-Ташкент: Samarqand, 2022.-104 ст.

**Рецензенты:**

*Каримова Феруза Джавдатовна* -заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

*Негмаджанов Баходур Болтаевич* -заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2 Самаркандского Государственного Медицинского университета

**Составители:**

*Агабабян Л.Р.* – заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии ФПДО СамГМУ, к.м.н., доцент

*Насирова З.А.* – и.о. доцента кафедры Акушерства и гинекологии ФПДО СамГМУ, PhD

Данное учебное пособие для резидентов магистратуры, клинических ординаторов и слушателей специализации по Акушерству и гинекологии предназначено для предоставления знаний и навыков, необходимых для оказания помощи во время беременности на стыке специальностей. В пособии представлены материалы, необходимые для улучшения процесса реализации образовательных программ в подготовке квалифицированных специалистов. В пособие включено 7 тем в соответствии с этио-патогенетическим подходом к оказанию помощи, в которых описываются симптомы, наиболее характерные для женщин, нуждающихся в помощи при беременности с экстрагенитальными заболеваниями.

Ожидается, что данное учебное пособие поможет сделать процесс обучения и изучения вопросов ухода за беременными с соматическими заболеваниями более эффективным, действенным и приятным, как для обучающихся, так и для обучаемых.

ISBN 978-9943-8782-1-1

© Л.Р. АГАБАЯН, З.А. НАСИРОВА, 2022 Г  
© "SAMARQAND" 2022 Г

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ .....	6
АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ .....	24
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ .....	30
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.....	35
ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА.....	41
ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И БЕРЕМЕННОСТЬ .....	50
COVID- 19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.....	56
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В РОДАХ ЖЕНЩИНАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ ИЛИ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ COVID-19.....	65
ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ.....	75
КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ .....	92
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К КЛИНИЧЕСКИМ СИТУАЦИЯМ .....	96
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	98

## ВВЕДЕНИЕ

Контингент беременных в основном формируется из молодых женщин, но, к сожалению, молодость – не синоним понятия «здоровье»: 1/3 будущих матерей страдают ожирением, столько же – анемией, каждая пятая – заболеваниями мочевыделительной системы, каждая десятая – гипертензивными расстройствами. Сочетаясь с нарушениями репродуктивной системе, соматические заболевания формируют субстрат для развития осложнений беременности, увеличивая акушерский и перинатальный риски.

Проблема находится на стыке специальностей; она весьма контраверсионна.

Оздоровление во время беременности – отличное мероприятие, но непременно требуется обследование и лечение при следующей беременности.

На решение этой задачи должна быть направлена деятельность врачей всех специальностей, в первую очередь – терапевтов, кардиологов, нефрологов.

Как влияет соматическая патология на течение беременности и развитие плода нужно знать, и ещё знать, как влияет сама беременность на соматическую патологию. Это позволяет правильно вести беременность и сохранить здоровье женщины и получить здоровое потомство.

Когда заболевание выявили во время беременности, задачи совместного консилиума акушер-гинеколога и профильного специалиста – решение вопроса о возможности не вынашивания этой беременности и определение комплексной программы профилактики осложнений.

Когда возникает вопрос о маршрутизации в отделения, соответствующие профилю заболевания, в этом случае, акушер – гинеколог выступает в роли консультанта только по вопросам, входящим в его компетенцию, ведению беременности и

родоразрешению, лечение основного заболевания – специалистам узкого профиля.

Однако акушер – гинеколог должен знать, как влияют соматические заболевания и их лечение на течение гестации, какие могут быть осложнения для матери и плода и как можно снизить риски неблагоприятных событий.

К сожалению, именно эта составляющая маршрутизации – самое плохо-исполнимое мероприятие. Неблагоприятное влияние болезней матери на развитие и жизнеспособность плода определяет и поддерживает актуальность проблемы соматической патологии у беременных в настоящее время.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сахарный диабет (СД) встречается в 1 случае на 300 беременных. Физиологическое значение поджелудочной железы заключается в поддержании постоянного уровня сахара крови. Это обеспечивается действием двух антагонистических белковых гормонов – инсулина и глюкагона. Инсулин усиливает потребление глюкозы тканями, понижает уровень глюкозы в крови. Глюкагон – вызывает гипергликемию.

СД во время беременности представляет собой серьезную медико-социальную проблему, так как в значительной степени увеличивает частоту нежелательных исходов беременности для матери и для плода (новорожденного). СД является фактором риска развития ожирения, СД 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний у матери и у потомства в будущем. Частота встречаемости данного заболевания во время беременности варьирует

от 1 до 20% в зависимости от региона мира.

Беременность — это состояние физиологической инсулино-резистентности, поэтому сама по себе является значимым фактором риска нарушения углеводного обмена. Несмотря на большое количество публикаций по данному заболеванию на сегодняшний день остаются актуальными вопросы ранней диагностики СД во время беременности, алгоритма ведения женщин с СД, индукции родов, ведения родов и послеродового периода. Требуются единые стандарты диагностики и лечения нарушений углеводного обмена во время беременности.

Сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся абсолютной или относительной недостаточностью инсулина или недостаточной его эффективностью, что приводит к непереносимости углеводов и нарушению обмена веществ с последующими изменениями в различных органах и тканях.

Вовлечение в патологический комплекс практически всех видов обмена веществ, органов и систем, строгая зависимость их от

лечебного режима ставит больного сахарным диабетом в жесткие условия жизни. Отклонения от режима, физиологические нагрузки, беременность и роды ухудшают течение заболевания. Основным источником энергии у плода является глюкоза, содержание которой у него на 10–20 % ниже, чем у матери, что способствует увеличению её переноса от матери к плоду. В связи с этим в материнском организме используются другие источники, происходит ускоренное расщепление жиров. При этом повышается уровень свободных жирных кислот и триглицеридов в крови, способствуя развитию кетацидоза. Таким образом, в ранние сроки беременности в организме матери создаются предпосылки для развития гипогликемии со снижением уровня инсулина в крови, уменьшением содержания аминокислот и ускоренным распадом жиров с склонностью к кетоацидозу.

Во второй половине беременности метаболические потребности плода при быстрых темпах его роста еще более существенно способствуют выраженности изменений обмена веществ у матери. Наибольшая потребность в углеводах и аминокислотах наблюдается в конце беременности. В III триместре беременности наблюдается резистентность к инсулину, гиперинсулинемия, тенденция к гипогликемии натощак и гипергликемии после приема пищи.

**Коды по МКБ-10:**

O24 — Сахарный диабет при беременности:

O24.0 — существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый;

O24.1 — существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый;

O24.2 — существовавший ранее сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания;

O24.3 — существовавший ранее сахарный диабет неуточнённый;

O24.4 — сахарный диабет, развившийся во время беременности;

O24.9 — сахарный диабет при беременности неуточнённый.



## Классификация сахарного диабета ВОЗ, 1999

Тип СД	Характеристика заболеваний
Сахарный диабет I типа - аутоиммунный - идиопатический	Деструкция $\beta$ -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности
Сахарный диабет II типа	С преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным дефектом секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее
Гестационный сахарный диабет	Возникает во время беременности.
Другие типы сахарного диабета	Генетические дефекты функции $\beta$ -клеток Генетические дефекты в действии инсулина Болезни эндокринной части поджелудочной железы Эндокринопатии Диабет, индуцированный лекарствами или химикатами Диабет, индуцированный инфекциями

### Диагностика нарушений углеводного обмена во время беременности

При первом обращении беременной к врачу любой специальности (акушеру-гинекологу, эндокринологу, терапевту, врачу общей практики) на сроке до 24 недель всем женщинам в обязательном порядке проводится следующее исследование:

- глюкоза венозной плазмы натощак (определение глюкозы венозной плазмы проводится после предварительного голодания в течение не менее 8 часов и не более 14 часов), данное исследование можно провести при проведении первого биохимического анализа крови;

СД во время беременности может быть прегестационным (ранее существовавшим), либо гестационным. ГСД является

наиболее частым видом СД во время беременности: 90% всех случаев СД во время беременности.

ГСД определяется как «любая степень непереносимости глюкозы с началом или во время беременности». Распространенность ГСД на сегодняшний день возрастает, что отчасти связано с глобальной эпидемией ожирения. Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%. Наиболее частыми осложнениями беременности и родов как при ГСД, так и при предшествующем беременности СД являются: преэклампсия, дистоция плечиков плода, переломы ключицы у новорожденных, паралич Эрба, тяжелая асфиксия новорожденных. Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20% новорожденных.

- Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7%.

- В связи с тем, что у большинства беременных заболевание протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость.

ГСД — это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» (предшествовавшего, но выявленного впервые во время беременности) СД.

### **Критериями манифестного СД**

(как во время беременности, так и вне её)

являются:

- гликемия венозной плазмы натощак 7,0 ммоль/л и выше;
- гликемия венозной плазмы через 2 часа после ПГТТ или при случайном определении — 11,1 ммоль/л и выше.

Несмотря на различные пороговые уровни гликемии для диагностики ГСД по данным различных ассоциаций, наиболее удобной и распространённой на сегодняшний день является рекомендация NICE от 2015 г., согласно которой ГСД необходимо диагностировать ГСД, если:

- уровень глюкозы в плазме натощак 5,6 ммоль/л или выше (до 7,0 ммоль/л)
- гликемия в плазме через 2 часа после ПГТТ с 75 г глюкозы 7,8 ммоль/л или выше (до 11,1 ммоль/л).

Если во время беременности уровень плазменной гликемии натощак составляет 7,0 ммоль/л или 11,1 ммоль/л и выше через 2 часа ПГТТ с 75 г глюкозы, то выставляется диагноз манифестного (впервые выявленного или предшествовавшего беременности) СД

Определение концентрации глюкозы в моче, глюкозы капиллярной крови натощак и постпрандиальной (после приёма пищи) глюкозы плазмы в качестве скрининговых тестов имеют малую чувствительность и не рекомендуются для проведения скрининга ГСД.

С целью своевременной диагностики СД во время беременности рекомендуется проведение 2-х исследований: определение глюкозы венозной плазмы натощак и/или 2-х часовой ПГТТ с 75 г глюкозы. При выборе метода диагностики необходимо учитывать факторы риска развития ГСД.

#### **Факторы риска ГСД:**

- избыточная масса тела или ожирение (ИМТ выше 30 кг/м<sup>2</sup>);
- ГСД в анамнезе;
- семейный анамнез СД любого типа у родственников 1 и 2 степени родства;
- макросомия плода (4500 г) во время настоящей беременности или в анамнезе;
- многоводие во время настоящей беременности или в анамнезе;

- мертворождение в анамнезе;
- рождение детей с врожденными пороками развития в анамнезе;
- необъяснимая смерть новорожденного в анамнезе.

Всем беременным с факторами риска необходимо проведение 2-х часового ПГГТ с 75 г глюкозы для диагностики ГСД.

1. Если у беременной имел место ГСД при предыдущей беременности, то для ранней диагностики ГСД при данной беременности необходимо как можно более раннее проведение 2-х часового ПГГТ с 75 г глюкозы (будь то в первом или втором триместре беременности). Если результаты первого ПГГТ были нормальными, то в дальнейшем необходимо повторить его в сроках 24–28 недель беременности.

2. Для всех беременных с другими факторами риска ГСД необходимо проведение 2-х часового ПГГТ с 75 г глюкозы в сроках 24–28 недель беременности.

3. При отсутствии факторов риска достаточным является определение уровня плазменной гликемии натощак в первом триместре беременности и в 24–28 недель беременности.

**Планирование беременности и преконцепциальный уход за беременными с ранее существовавшим СД:**

- Благоприятные исходы беременности, родов и перинатального периода у женщин, страдающих СД, предшествующим беременности, зависят от пре-гравидарного ухода.

- При планировании беременности всем женщинам с СД рекомендуются самоконтроль гликемии глюкометрами и ежемесячное исследование HbA1c.

- Целью прегравидарной подготовки у таких женщин является достижение уровня гликогемоглобина (HbA1c <6,5%), без каких-либо причиняющих беспокойство проблемных гипогликемических симптомов.

- Уровень HbA1c должен быть ниже 48 ммоль/л или менее

6,5%, что снижает частоту ВПР. Стоит отметить, что гликированный гемоглобин, обозначаемый как HbA<sub>1c</sub>, является биохимическим показателем крови, отражающим среднее содержание глюкозы в крови за длительный период (до трёх месяцев).

HbA<sub>1c</sub> — процент гемоглобина крови, необратимо соединённый с молекулами глюкозы: чем выше его уровень, тем выше была гликемия в последние 3 месяца и, соответственно, риск осложнений СД. Высокий уровень гликогемоглобина является показанием к проведению коррекции терапии СД. Всем беременным с ранее существовавшим СД необходимо как можно раньше при наступлении беременности (будь то в первом или во втором триместре беременности) измерить уровень HbA<sub>1c</sub> для определения степени риска осложнений во время беременности. Степень риска во время беременности у женщин с ранее существовавшим СД увеличивается при уровне HbA<sub>1c</sub> выше 48 ммоль/л (6,5%). При уровне HbA<sub>1c</sub> выше 86 ммоль/л или выше 10% беременеть не рекомендуется.

- Женщинам с ГСД необходимо измерить уровень HbA<sub>1c</sub> в момент диагностики самого ГСД с целью выявления пациентов с уже существовавшим СД 2 типа. Рутинно использовать определение уровня HbA<sub>1c</sub> для оценки контроля гликемии во втором и третьем триместрах беременности не рекомендуется.

- Скрининг ретинопатии офтальмологом и оценка нефропатии по данным скорости клубочковой фильтрации и экскреции белка в моче должны быть проведены ещё до зачатия. Если креатинин сыворотки аномальный (120 мкмоль/л или более), соотношение альбумин: креатинин более 30 мг/ммоль или скорость клубочковой фильтрации менее 45 мл/мин, следует обратиться к нефрологу до наступления беременности, а если женщина использовала тот или иной метод контрацепции, то до прекращения использования метода.

- Прием ряда лекарственных препаратов следует пересмотреть, чтобы избежать тератогенных эффектов в случае наступления беременности (рекомендуется прекратить прием ингибиторов ангиотензинная, ингибиторов АПФ, статинов).

- В течение первого триместра беременности необходим ежедневный прием фолиевой кислоты в дозе 5 мг, с 12 недели беременности и до родов необходим прием аспирина в дозе 75 мг для профилактики преэклампсии.

### Аntenатальный уход за беременными с диабетом.

Беременным с любой формой СД рекомендуется поддерживать уровень капиллярной гликемии ниже следующих показателей:

- натощак — менее 5,3 ммоль/л;
- 1 час после еды — менее 7,8 ммоль/л;
- через 2 часа после еды — 6,4 ммоль/л;

Любая беременная с любой формой СД должна быть проверена на кетоны (особенно, если имеется гипергликемия или плохое самочувствие) для исключения диабетического кетоацидоза.

Также всем беременным с СД показан прием 5 мг фолиевой кислоты до 12 недель беременности.

### График антенатальных посещений женщин с СД любой формы (NICE, 2015 г.)

Срок беременности	Тактика врача
До 10 недель	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предоставьте женщине информацию о влиянии СД на течение беременности, родов и послеродового периода, об особенностях ухода за новорожденным (первоначальный уход, грудное вскармливание);</li> <li>2. Дайте рекомендации по диете и целевых показателях капиллярной гликемии до и после еды;</li> <li>3. Обследовать женщину на предмет наличия осложнений (невропатия, сосудистые осложнения);</li> <li>4. Рассмотреть необходимость гипогликемических препаратов, рассказать</li> </ol>

	<p>о них и их осложнениях женщине;</p> <p>5. Женщинам с ранее существовавшим СД необходимо оценить состояние сетчатки (консультация офтальмолога) и функции почек, если таковые не оценивались в последние 3 месяца;</p> <p>6. Все женщины с СД должны поддерживать контакт с дородовой клиникой и эндокринологом каждые 1-2 недели на протяжении всей беременности;</p> <p>7. Измерьте уровень HbA1c для женщин с ранее существовавшим диабетом, чтобы определить уровень риска во время беременности;</p> <p>8. Женщинам с ГСД в анамнезе, которые обратились в антенатальную клинику в 1-ом триместре беременности, необходимо предложить самоконтроль глюкозы в крови или 75 г 2-часовой ГТТ как можно скорее;</p> <p>9. Подтвердить жизнеспособность плода и гестапонный возраст в 7-9 недель.</p>
16 недель	<p>1. Женщинам с ранее существовавшим СД, у которых при первом посещении была выявлена диабетическая ретинопатия, необходимо повторно оценить состояние сетчатки глаза в 16-20 недель;</p> <p>2. Женщинам с ГСД в анамнезе, которые обратились в антенатальную клинику в 2-ом триместре беременности, необходимо предложить самоконтроль глюкозы в крови или 75 г 2-часовой ГТТ как можно скорее.</p>
20 недель	<p>1. Проведите ультразвуковое сканирование для выявления структурных аномалий плода, включая осмотр сердца плода.</p>
28 недель	<p>1. Проведите УЗИ для определения объема ОПВ и мониторинга роста плода;</p> <p>2. Всем женщинам с ранее существовавшим СД проведите оценку состояния сетчатки;</p>

32 недели	<p>3. Если у женщин при рутинном обследовании в 24-28 недель выявлен ГСД – ведение совместно с эндокринологом.</p> <p>1. Проведите УЗИ для определения объёма ОПВ и мониторинга роста плода;</p> <p>2. Обследуйте анализы, рекомендованные, как и при обычном дородовом уходе.</p>
34 недели	<p>1. Как при обычном дородовом уходе без каких-либо дополнений.</p>
36 недель	<p>1. Проведите УЗИ для определения объёма ОПВ и мониторинга роста плода;</p> <p>2. Проконсультируйте о методе и сроке род разрешения, методах обезболивания родов, изменении терапии в зависимости от показателей гликемии в родах и после них, грудном вскармливании, уходе за новорожденным, методах послеродовой контрацепции.</p>
37 -38+6 недель	<p>1. Предложите индукцию родов или кесарево сечение женщинам (при наличии показаний к нему) всем женщинам с СД 1 или 2 типа. При ГСД пролегирировать беременность до спонтанного начала родовой деятельности.</p>
38 недель	<p>1. Оценка состояния плода.</p>
39 недель	<p>1. Оценка состояния плода;</p> <p>2. Род разрешить беременных с неосложнённым ГСД до 40+6 недель беременности.</p>

### Осложнения беременности и родов при СД:

- макросомия,
- неонатальная гипогликемия,
- повышенный риск кесарева сечения,
- плечевые дистоции,
- преэклампсия,
- преждевременная роды,



- гипербилирубинурия
- перевод в отделение интенсивной терапии новорожденных.

Показатели материнской заболеваемости и смертности выше у женщин с предшествовавшим беременностями СД, чем при ГСД.

### Лечение ГСД

- При проведении терапии ГСД отмечается снижение перинатальной заболеваемости и смертности, в частности это связано с уменьшением частоты встречаемости макросомии и крупных для срока гестации плодов и связанных с ними осложнений;

- Важным в ведении ГСД является лечебное питание, основными принципами которого являются:

- консультирование и рекомендации компетентного диетолога;

- выбор продуктов питания с низким гликемическим индексом;

- суточное потребление углеводов должно составлять 40% от суточного каллоража (суточный каллораж у беременных с нормальным весом (ИМТ 18–23 кг/м<sup>2</sup>), особенно во второй половине беременности должен составлять 30–32 ккал/кг веса.

- К улучшению гликемического контроля приводит сочетание диеты с физическими упражнениями. Рекомендуются программы умеренных физических нагрузок и упражнений, например, ходьба в течение 30 минут после приёма пищи. На сегодняшний день недостаточно доказательств относительно типа, частоты выполнения, продолжительности и интенсивности физических упражнений, способствующих лучшему гликемическому контролю.

- Модифицированная диетотерапия без сочетания с физическими нагрузками имеет ограниченное влияние на эффективность терапии, в то время как их сочетание оказывается эффективными у 80–90% женщин с ГСД.

- Фармакологическая терапия ГСД показана в том случае,

если модифицированной диетой в сочетании с упражнениями не удаётся добиться стойкого контроля гликемии.

- В качестве фармакологических препаратов для лечения СД во время беременности могут быть использованы как инсулины, так и оральные гипогликемические средства (метформин, глибенкламид).

- NICE рекомендует женщинам с ГСД, у которых уровень глюкозы натощак при диагностике составляет 7,0 ммоль/л или выше, немедленное начало лечения инсулином с или без метформина в сочетании с модифицированной диетой.

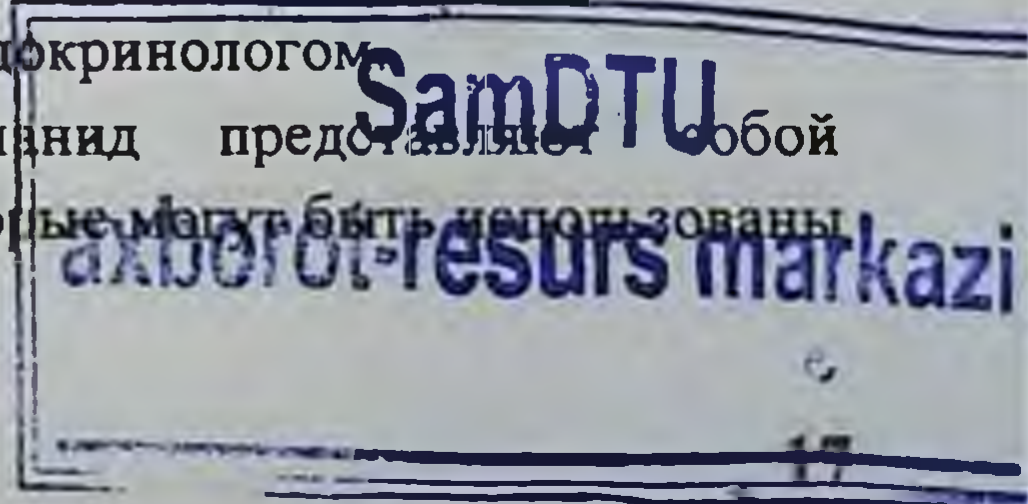
У женщин, у которых уровень глюкозы натощак при диагностике ГСД составляет 5,6 — 6,9 ммоль/л, начинать лечение модифицированной диетотерапией в сочетании с упражнениями, и переходить на фармакотерапию через 2 недели, если уровень глюкозы 7,0 ммоль/л и выше.

- Прандиальный (во время приема пищи) инсулин и базальные инсулины являются двумя основными режимами, используемыми, во время беременности. Исследования показали, что кратковременные аналоги инсулина (lispro и aspart) более эффективны, чем обычный человеческий инсулин в достижении целевых значений глюкозы и минимизации риска макросомии, потому что аналоги инсулина имеют более короткую продолжительность действия и более быстрое наступление эффекта, чем обычный инсулин.

Кроме того, их использование связано с лучшим постпрандиальным гликемическим контролем и менее выраженной постпрандиальной гипогликемией.

- Тип режима и количество инъекций инсулина в день определяется на основе индивидуальных потребностей, образа жизни пациентов и подбираются эндокринологом.

- Метформин и глибенкламид представляют собой гипогликемические препараты, которые могут быть использованы во время беременности.



- Метформин может использовать в качестве альтернативы или дополнения к терапии инсулином. Исследования показали, что метформин был в отношении гликемического контроля и неонатальных исходов подобен инсулину.

- Для выбора оптимальной схемы фармакологической терапии ГСД рекомендуется ежедневный самоконтроль глюкозы крови (натощак, до еды, после еды, перед сном и в ночное время), нежели чем периодический контроль глюкозы в плазме крови (менее эффективный метод контроля гликемии).

**Целевыми показателями глюкозы крови при ГСД являются:**  $<5,3$  ммоль/л натощак,  $<7,8$  ммоль/л через 1 час и  $<6,4$  ммоль/л через 2 часа после приема пищи. У женщин на инсулине или глибенкламиде уровень сахара в крови не должен падать ниже 4 ммоль/л. Следует помнить, что даже при самом оптимальном гликемическом контроле, существует потенциальное увеличение риска эмбриональной макросомии у женщин с ГСД.

Напротив, некоторые плоды могут подвергаться риску ограничения роста из-за чрезмерно жесткий контроль глюкозы у матери.

- На сегодняшний день достигнут консенсус относительно того, что гликемия, определяемая после приема пищи (постпрандиальная), является более важным показателем благоприятных неонатальных исходов (ВПР, гипогликемия, макросомия, плечевые дистоции) по сравнению с гликемией, определяемой натощак (препрандиальная).

- NICE рекомендует проводить мониторинг гликемии во время беременности в зависимости от типа СД и получаемой терапии:

- при СД 1 типа рекомендуется мониторинг гликемии натощак, перед каждым основным приемом пищи, через 1 час после каждого основного приема пищи и перед сном ежедневно на протяжении всей беременности;

**Рекомендации по ведению ГСД (NICE, 2015).**

1	<p>Проинформировать беременных с ГСД о:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- возможных осложнениях во время беременности, в родах и в послеродовом периоде</li> <li>- том, что адекватный контроль гликемии во время беременности позволит снизить риск фетальной макросами, травм во время родов (материнских и новорожденных), индукции родов и/или кесарева сечения, неонатальной гипогликемии и перинатальной смерти</li> <li>- том, что лечение ГСД включает диетотерапию, физические упражнения, и по показаниям – прием лекарственных средств</li> </ul>
2	Обучить беременных с ГСД самоконтролю гликемии: при этом, использовать те же самые уровни концентрации глюкозы в капиллярной плазме, что и у женщин с ранее существовавшим диабетом
3	Рекомендовать всем беременным с ГСД придерживаться диеты с заменой продуктов с высоким гликемическим индексом на продукты с низким гликемическим индексом
4	Направить на консультацию к диетологу
5	Рекомендовать физические упражнения для лучшего контроля гликемии (например, ходьба в течение 30 минут после приема пищи)
6	Предложите диетотерапию и физические упражнения всем беременным с ГСД, у которых уровень гликемии натощак при диагностике не превышает 7,0 ммоль/л
7	Предложите метформин, если в течение 1-2 недель диетой и физическими упражнениями не достигаются целевые показатели гликемии
8	При противопоказаниях к метформину или его неприемлемости – предложите беременным инсулинотерапию
9	Также инсулин добавляется к терапии в случае отсутствия эффективности от комплекса вмешательств «диета + физические упражнения + метафорами»
10	Если уровень гликемии натощак при диагностике ГСД составляет 7,0 ммоль/л и выше, то сразу начните терапию инсулином с или без метформина в сочетании с диетой и физическими упражнениями
11	<p>Немедленное начало терапии инсулином с или без метформина в сочетании с диетой и физическими нагрузками, может быть рассмотрено у беременных, у которых на момент диагностики ГСД уровень гликемии натощак составлял 6,0 – 6,9 ммоль/л, но имеются осложнения в виде макросами или многоводия</p>
12	<p>Назначение глибенкламида может быть рассмотрено в случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- если целевые показатели гликемии не достигаются при приеме метформина и женщина отказывается от терапии инсулином,</li> <li>Или - если имеется непереносимость метформина.</li> </ul>

— такая же частота контроля гликемии рекомендуется беременным с СД 2 типа и с ГСД, если пациентка находится на многократном ежедневном режиме введения инсулина;

— беременным с СД 2 типа или с ГСД, которые находятся на терапии диетой и физическими упражнениями, или получают оральную терапию (с или без диеты и физических упражнений) или однократную ежедневную дозу инсулина промежуточного или длительного действия рекомендуется контроль гликемии натощак и через 1 час после каждого основного приёма пищи на протяжении всей беременности.

• Беременным с СД рекомендуется посещать антенатальные клиники и эндокринолога каждые 1–2 недели в течение всей беременности.

#### **СД и индукция родов.**

На сегодняшний день недостаточно доказательств высокого уровня относительно оптимальных сроков родоразрешения при любой форме СД во время беременности. Неосложнённые формы ГСД можно пролонгировать до 40 полных недель беременности.

Индукция родов у женщин с СД может быть рассмотрена в случае наличия плацентарной недостаточности или неконтролируемого течения СД.

NICE рекомендует следующие сроки родоразрешения для женщин с СД:

1. Женщины с неосложненным течением СД 1 или 2 типа должны быть родоразрешены путем индукции родов или elective КС (при наличии показаний к нему) в сроках 37 — 39 недель беременности;

2. Женщины с ГСД должны родоразрешиться спонтанно до 41 недели беременности. Если до указанного срока беременности не происходит спонтанного родоразрешения, то провести индукцию родов или elective КС при наличии показаний к нему.

RCOG рекомендует плановое кесарево сечение женщинам с СД и весом плода 4500 г и более.

### Ведение родов.

- Потребность в инсулине в латентной фазе 1-го периода родов остаётся стабильной, в то время как во время активной фазы 1-го периода родов потребность в инсулине повышается. Материнская гипергликемия в родах может привести к гиперинсулинемии у плода и впоследствии к гипогликемии и ацидемии у плода. Поэтому женщинам с СД, получавшим во время беременности инсулин или оральные гипогликемические препараты, необходимо контролировать уровень сахара крови в родах ежедневно.

- До начала активной родовой деятельности женщины должны продолжать диетотерапию и терапию инсулином или оральными гипогликемическими средствами в тех же дозах и в тех же режимах, что и во время беременности.

- При развитии активной родовой деятельности необходимо прекратить введение инсулинов короткого и промежуточного действия и перейти на инъекции базального инсулина длительного действия, либо продолжить его в родах, если таковой использовался во время беременности. Цель состоит в том, чтобы поддерживать уровень глюкозы крови между 3,8 и 7,0 ммоль/л во время родов независимо от того, имеет ли женщина СД типа 1 или типа 2, или ГСД.

- Значение материнской глюкозы в крови более 10 ммоль/л было убедительно связано с высоким риском развития неонатальной гипогликемии.

- Коррекция дозы инсулина в родах показана, если при двух измерениях с интервалом в 1 час гликемия матери составляет выше 7,0 ммоль/л. Для женщин с СД 1 типа в родах должен быть рассмотрен вопрос о в/в вливании декстрозы с инсулином.

- Доза инсулина в родах зависит от уровня материнской гликемии и потребностей в инсулине в конце беременности.

- Для женщин с СД, готовящихся к плановой операции КС, введение инсулина должно быть проведено в утренние часы.

### Режим инфузии инсулина для женщин в период активной родовой деятельности.

Текущая общая суточная доза инсулина	До 40 Ед/Сутки	41 – 60 Ед/сутки	61 – 90 Ед/сутки	> 91 Ед/сутки
Гликемия (капиллярная кровь мг/дл)	Скорость инфузии (Ед/час)			
0-54	0	0	0	0
55-125	1,0	1,5	2,0	2,0
126-160	1,5	2,0	3,0	4,0
161-195	2,0	3,0	4,0	5,0
196-270	3,0	4,0	5,0	6,0
>271	Исключите кетоацидоз			

#### Послеродовое ведение.

- Сразу после родов, резистентность к инсулину резко падает. В дополнении к этому, также падает уровень глюкозы в крови, так как глюкоза попадает в грудное молоко. Для предупреждения неонатальной гипогликемии необходимо сразу же после родов начать грудное вскармливание.

- Женщинам с СД 1 типа после родов требуется снижение суточной дозы инсулина примерно на 30%, в то время как женщины с СД 2 типа могут продолжить прием метформина и глибенкламида, но с более частыми приемами пищи для профилактики гипогликемии. Женщины с ГСД должны продолжить тот режим терапии, который проводился антенатально, при этом необходим контроль гликемии до и после еды и более частые приемы пищи.

- Грудное вскармливание должно быть рекомендовано по крайней мере в течение 3–4 месяцев. Это снижает риск развития ожирения у ребёнка, по сравнению с женщинами с ГСД, которые данной рекомендации не придерживались.

#### Рекомендации NICE по ведению СД после родов:

1. Предложите женщинам с ГСД тест на глюкозу в плазме натощак через 6–недель после рождения, чтобы исключить СД 2 типа;

2. Если тест на глюкозу в плазме натощак не был выполнен до 13 недель, предложите его или тест на HbA1c после 13 недель;

3. Не предлагайте рутинно 2-часовой ПГТТ;

4. Предложите ежегодный тест HbA1c женщинам, у которых был диагностирован ГСД, и у которых имеется отрицательный постнатальный тест на СД;

5. Ежегодно всем женщинам с СД 1 и 2 типа показано исследование сетчатки глаза.

### **Новорожденные от матерей с СД.**

- Врожденные аномалии развития характерны преимущественно для предшествующего беременности СД, так как гипергликемическому воздействию эмбрионы подвергаются еще на этапе органогенеза. Поэтому до зачатия необходим гликемический контроль. Воздействуя на развивающийся плод, гипергликемия приводит к аномалиям развития сердца, костной, нервной систем и желудочно-кишечного тракта.

- Макросомия плода (вес при рождении выше 90 перцентили) часто осложняет течение беременности и родов при СД. Макросомия является фактором риска дистоции плечиков, повышенной частоты влагалищных инструментальных родов и кесарева сечения, родовых травм. Причиной развития макросомии является гиперинсулинемия плода.

- Реже макросомии встречается СОРП. Он характерен в основном для предшествующего беременности СД с микрососудистыми осложнениями, которые приводят к плацентарной недостаточности.

- Частым осложнением у новорожденных от матерей с СД являются также респираторные нарушения, которые связаны с недостаточной абсорбцией фетальной легочной жидкости на фоне нарушенного гормонального всплеска во время родов при СД.



Кроме того, большая часть женщин с СД родоразрешается посредством экстренного КС, где гормонального всплеска нет вообще.

- Другими неблагоприятными для плода/новорожденных исходами при СД являются внутриутробная гибель, полицитемия, желтуха, гипокальциемия, гипогликемия и гипертрофическая кардиомиопатия.

## АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ

**Код по МКБ-10: O99.0**

**Анемия беременных** – анемия, развивающаяся во время беременности (преимущественно во II-III триместре) в результате чего нарушается способность крови переносить кислород.

**Актуальность.** Во время беременности происходит физиологическое снижение концентрации гемоглобина, что обусловлено большим увеличением объёма плазмы (на 50%) по сравнению с увеличением объёма эритроцитов (на 25%). Этот механизм снижает значимость послеродовой кровопотери за счёт гемодилюции и не представляет опасности у здоровых пациенток при неосложнённых родах.

В группу высокого риска железодефицита, по данным ВОЗ, входят все менструирующие женщины – с начала менархе за месяц женщина теряет в среднем около 50 мг железа, в то время как абсорбция микроэлемента в кишечнике в 1,5 раза меньше. Так формируется отрицательный баланс- хронический ферродефицит, как латентный, так и клинический выраженный.

С наступлением беременности потребность в дотации железа возрастает в несколько раз вследствие прибавляющихся затрат. Дефицит железа той или иной степени развивается при каждой беременности, что связано с затратами вещества на формирование фетоплацентарного комплекса и развитие плода. Если женщине вне беременности необходимо около 0,8 мг микроэлемента в сутки, то в первом триместре потребность возрастает до 1 мг в сутки, во втором

– до 2 мг в сутки, в третьем – до 3-6 мг в сутки (44). Минимальная потребность за 280 дней беременности составляет 220 мг, к ней прибавляется 440 мг за счет увеличения числа эритроцитов, 270 мг- на рост плода, 90 мг- на формирование пуповины и плаценты и 200 мг- на кровопотерю в родах и ещё около 200 мг – на лактацию в дальнейшем. Таким образом, для полного восстановления депо железа женщине необходимо не менее 2-3 лет. Все эти вновь возникшие потребности приводят к клинической манифестации дефицита железа во время гестации (45).

Безусловно, самая частая форма анемии беременных – железодефицитная (ЖДА).

#### **Определение и статистика.**

Анемия- состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина и количества эритроцитов.

Гестационная анемия – заболевание, осложняющее течение беременности, негативно влияющее на состояние плода и исход родов (44).

Формы анемии:

- Предлатентный дефицит железа- уменьшение запасов железа (концентрация ферритина 20 мкг/л и менее).
- Латентный дефицит железа- снижение концентрации ферритина, повышение трансферрина (3,8 г/л и более), нормальное или повышенное насыщение трансферрина железом.
- ЖДА- концентрация гемоглобина у небеременных женщин 120 г/л и менее (для беременных 110г/л и менее), количество эритроцитов менее  $3,8 \times 10^{12}/л$ , гематокрит менее 36%, нормальное или повышенное насыщение трансферрина железом.

#### **Степени тяжести анемии.**

- Легкая- концентрация гемоглобина 109-90 г/л в 1 и 2 триместрах беременности, 104-90 г/л- в 3 триместре, 99-90 г/л- после родов.

- Среднетяжелая – концентрация гемоглобина 89-70 г/л в течение всей беременности и после родов.
- Тяжелая- концентрация гемоглобина 69г/л и менее в течение всей беременности и после родов.

#### **Риски анемии.**

Если ЖДА имела место ещё до беременности, то характерные метаболические изменения непременно затрагивают и внутренний слой матки. В результате беременность развивается в неполноценном эндометрии.

ЖДА осложняет беременность, негативно влияет на развитие плода. Для ЖДА, развившейся на фоне беременности, характерны общая слабость, утомляемость, бледность, головокружение, шум в ушах, обмороки, также встречаются сухость кожи, ломкость ногтей, извращение вкуса. Это состояние значительно повышает вероятность преждевременные роды, рождение маловесных детей, перинатальной и неонатальной смертности.

#### **Осложнения.**

Даже легкая форма анемии может стать причиной гиперваскуляризации терминальных ворсин. В первом триместре эти изменения клинически проявляются угрозой прерывания беременности и неразвивающейся беременностью.

Во втором триместре ухудшаются реологические свойства крови и становится причиной отложения фибриноида, вследствие чего возникают ишемические нарушения.

#### **Риски для матери.**

- Преждевременное прерывание беременности, преждевременные роды;
- ПОНРП;
- ПЭ;
- Слабость родовой деятельности;
- Кровотечение в родах и послеродовом периоде;
- Гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;

- Повышение уровня материнской смертности.

#### Риски для плода и ребенка

- СОРП, чаще по ассиметрическому типу,
- Неправильное формирование структур нервной системы плода;
- Рождение детей с низкой оценкой по шкале Апгар;
- Снижение слуха и когнитивных функций у ребёнка;
- Внутриутробное инфицирование;
- Высокая перинатальная смертность присуща только тяжелому течению болезни.

Известно, что дети, испытывающие недостаток железа внутриутробно, значительно отличаются от сверстников. Такие дети:

- ✓ Отстают в умственном развитии;
- ✓ Страдают психическими заболеваниями;
- ✓ Испытывают трудности в общении;
- ✓ Подвержены депрессивным расстройствам, тревожности;
- ✓ Страдают синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

#### Факторы риска.

Беременность у здоровой женщины не должна провоцировать анемию. Для развития ЖДА наличие предрасполагающих факторов и присутствие неблагоприятных условий. К ним относятся следующие:

- ✓ Вредные привычки;
- ✓ Проживание в популяциях, где дефицит железа эндемичен;
- ✓ Короткий интергенетический интервал;
- ✓ Многоплодная беременность;
- ✓ Анемия в анамнезе;
- ✓ ЭГЗ (особенно заболевания ЖКТ);
- ✓ Хронические инфекции;
- ✓ Хронические интоксикации;
- ✓ Несбалансированное питание.

Частота акушерских осложнений коррелирует со степенью тяжести анемии и длительностью заболевания. Наиболее неблагоприятна анемия, предшествующая наступлению беременности.

**Наименование и частота диагностических исследований:** общий анализ крови (количество эритроцитов, цветной показатель, гематокрит); биохимия крови: общий белок, Fe сыворотки.

**Частота наблюдений:** в I и II триместрах один раз в месяц; в III триместре 2 раза в месяц в зависимости от тяжести анемии по показаниям.

**Осмотр смежных специалистов:** консультация терапевта, гематолога – для уточнения формы анемии.

При уровне гемоглобина ниже 100 г/л до 20 недель беременности, а также при наличии клинических признаков:

- направляется на консультацию гематолога для выявления формы анемии.

- Рекомендуют соответствующие поправки к диете.

При отсутствии эффекта через 2 недели проводится

- лабораторное исследование (с определением количества эритроцитов, цветного показателя, сывороточного железа).

- При подтверждении диагноза ЖДА, а также при исходной анемии на фоне диетотерапии, назначаются препараты железа после еды до восстановления гемоглобина.

- Суточная доза для лечения легкой формы составляет – 100 мг железа и 400 мг фолиевой кислоты в течение 3 месяцев.

**В сроках 26-34 недели при уровне гемоглобина 105 г/л и отсутствии клинических признаков анемии:**

- регулируется питание.

- При снижении уровня гемоглобина и наличии клинических признаков анемии показано назначение препаратов железа в дозе 100-200мг перорально в виде таблеток, в том числе и жевательных, капсул и сиропа.

• Дозировка назначаемых препаратов определяется индивидуально с учетом клинических признаков.

**В сроках 26-34 недели при уровне гемоглобина ниже 100 г/л при отсутствии клинических признаков анемии:**

• регулируется питание

• назначение препаратов железа необязательно (физиологическая гемодилюция, «физиологическая анемия беременных»).

**При уровне гемоглобина 70 г/л и ниже:**

• необходимо стационарное лечение в ОПБ и консультация гематолога.

**Показания к госпитализации:**

- при тяжелой степени тяжести анемии;
- при неэффективности лечения
- в случае ухудшения состояния.

**Ведение в послеродовом периоде/реабилитация:**

• в течение 4-6 месяцев после родов наблюдают за состоянием женщин, страдавших анемией во время беременности

• продолжают антианемическую терапию.

**Профилактика железодефицитной анемии показана беременным и роженицам:**

- с обильными и длительными менструациями в анамнезе до наступления беременности;
- при интергенетическом интервале менее 3-х лет;
- при многоплодной беременности;
- в первые 6 месяцев лактации;
- при длительной лактации.

**Парентеральное (в/в и в/м) введение препаратов железа применяется по показаниям и при невозможности перорального приема препаратов железа, приемлемо только в стационарных условиях. Парентеральное введение противопоказано без контроля сывороточного железа.**

## ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

### Актуальность

По данным The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2016), АГ регистрируется у 5–10 % беременных. На протяжении последнего десятилетия АГ и ассоциированные с ней осложнения занимают 4-е место в структуре причин материнской смертности с максимальным показателем у женщин в возрасте старше 35 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гипертензивные состояния при беременности в 2019 г. занимали 3-е место в структуре материнской смертности и являлись причиной не менее 70 тысяч случаев материнской и 500 тысяч случаев младенческой смертности ежегодно.

### Определение

АГ - повышение САД до 140 мм.рт.ст. и более и/или ДАД до 90 мм.рт.ст. и более, зарегистрированное как минимум двумя измерениями с интервалом не менее 15 мин на одной и той же руке.

Хроническую артериальную гипертензию (ХАГ) встречают у 0,9-1,5% беременных, и она имеет четкую тенденцию к росту. Тенденция сохранится ввиду бушующей в мире «эпидемии» ожирения.

При беременности АГ разделяют на хроническую, начавшуюся до 20 нед гестации или до её наступления, и гестационную, диагностированную после 20 нед. Существует также деление АГ по степеням тяжести (табл. 1).

Таблица №1

### Классификация уровня АД по степени повышения у беременных

Категория АД	САД, мм.рт.ст.	ДАД, мм.рт.ст.
Нормальное АД	Менее 140	Менее 90
Умеренное АГ	140-159	90-109
Тяжелая АГ	160 и более	110 и более

### **Риски артериальной гипертензии**

АГ вызывает функциональные и морфологические изменения сосудов, связанные с сужением их просвета, в результате чего возникает нарушение процесса ремоделирования спиральных артерий матки.

Риск ПЭ у беременных с АГ выше, чем в популяции: частота варьирует от 28 до 90 %; клиническая особенность - ранее появление на 24-26-й неделе гестации. ПЭ на фоне хронической АГ, как правило, повторяется при последующих беременностях, проявляется рано и протекает тяжелее.

Другой фактор риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности - гипертензивные кризы, которые могут возникать у беременных с АГ, особенно во втором и третьем триместрах, и сопровождается острыми нарушениями мозгового кровообращения, инфарктом миокарда, отеком легких, почечной недостаточностью, ПОНРП, антенатальной гибелью плода.

#### **Осложнения беременности, связанные с АГ.**

- ✓ Плацентарная недостаточность.
- ✓ СОРП.
- ✓ Антенатальная гибель плода.
- ✓ ПОНРП.
- ✓ Акушерские кровотечения.
- ✓ Эклампсия.
- ✓ HELLP-синдром.
- ✓ Острое почечное повреждение.
- ✓ Отек легких.
- ✓ Нарушения мозгового кровообращения.
- ✓ Кровоизлияние и отслойка сетчатки.

#### **Возможность прогнозирования и предотвращения.**

Пациенткам с АГ важно планировать беременность заранее. Если это по каким-либо причинам не сделано, необходимо провести все диагностические мероприятия до 12 нед беременности профильным специальностям - терапевтом, кардиологом.



Женщинам с хронической АГ при планировании беременности рекомендовано отказаться от чрезмерного потребления соли, кофеина и никотина, при избыточной массе тела и повышенной гликемии полезной может оказаться консультация по изменению образа жизни и рациональному пищевому поведению.

Наиболее результативное, но редко реализуемое предупреждение риска – коррекция причин, способствующих развитию АГ (ожирение, СД), а также стабилизация АД на прегравидарном этапе и ранних сроках беременности.

#### Риск urgentных ситуаций.

АГ может осложниться резким дополнительным подъёмом АД-гипертоническим кризом, который нередко провоцируют физическая или психологическая нагрузки, погрешности в диете, нарушение назначенной терапии. Гипертонический криз определяют как повышение АД 170/119 мм.рт.ст. и выше, что служит основанием для немедленной госпитализации и интенсивной терапии (табл. 2).

Таблица №2

### Антигипертензивные препараты для лечения гипертонического криза

препарат	Доза	Начало действия	Продолжительность действия	Побочные эффекты
Нитроглицерин	5-15 мг/ч в/в	15-10 мин	15-30 мин, может быть более 4 ч	Тахикардия, головная боль, покраснение лица, флебиты
Нифедипин	10-30 мг per os, при необходимости в течение 45 мин повторно	15-10 мин	30-45 мин	Тахикардия, головная боль, покраснение лица
Медилдопа	0,25 мг, максимальная доза 2 г в течение суток	15-10 мин	4-6 ч	Ортостатическая гипотензия, задержка жидкости, брадикардия

АД необходимо снижать на 25% от исходного уровня в течение первых 2 ч терапии и до нормализации АД в течение последующих 2-6ч.

Разделение пациенток по основному заболеванию и лечение их у профильных специалистов - единственный вариант снижения риска гибели от непрямых акушерских причин.

#### **Показания к госпитализации.**

При впервые выявленной гипертензии

- При развитии протеинурии на фоне гипертензии
- Если диастолическое АД 110 мм.рт.ст. и выше и систолическое АД 160 мм.рт.ст. и выше, назначьте антигипертензивные препараты при транспортировке в стационар:

- НИФЕДИПИН (КОРИНФАР) по 5 мг под язык, если АД через 10 минут не снизилось (ДАД осталось выше 105 мм.рт.ст.) под контролем АД продолжайте сублингвальное введение каждые 15 минут по 5 мг не более 6 таблеток ( $5\text{мг} \times 6 = 30\text{ мг}$ ) или по 10 мг сублингвально каждые 30 минут под контролем АД до стабилизации диастолического АД на уровне 90-100 мм.рт.ст.

- АТЕНОЛОЛ по 25-50 мг 2 раза в сутки (строго индивидуально).

При неэффективности одного из препаратов, возможно их сочетание,

**ПОДБОР ДОЗ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СТАЦИОНАРЕ.**

#### **Родоразрешение.**

- Не предлагать родоразрешение до 37 недель если:
- Артериальное давление стабильно ниже 150/100 мм. рт. ст. без приёма антигипертензивных препаратов или на фоне приёма антигипертензивных препаратов.

- При сроке беременности выше 37 недель, если АД ниже, чем 160/110 мм. рт. ст. с приемом или без антигипертензивных препаратов и при отсутствии признаков страдания плода, выбор времени родоразрешения определяется после консилиума врачей и согласия женщины, с учетом состояния матери и плода.

- Вопрос о досрочном прерывании беременности или родоразрешении ставится:

- если имеются признаки угрожающего состояния матери (развилась преэклампсия) или плода;

- при неэффективной терапии тяжёлой гипертензии (САД  $\geq 160$  мм. рт. ст., ДАД  $\geq 110$  мм. рт. ст.).

В сроках до 34 недель родоразрешение предлагать по возможности после окончания курса кортикостероидов для профилактики РДС у новорожденного.

- Если присоединилась протеинурия, ведите женщину, как в случае преэклампсии.

- При гестационной гипертензии:

- Общий осмотр и акушерский осмотр;

- Осмотр терапевта; ЭКГ;

- При каждом посещении определять протеинурию или соотношение белок/креатинин;

- Если АД ниже 160/110 мм. рт. ст. и нет факторов риска:

- УЗИ плода для определения роста плода,

- В случае снижения движений плода — сделать КТГ.

- ЧСС плода, гравидограмма

- Если результаты неубедительные или патологические — провести консилиум для определения дальнейшей тактики ведения, плана обследования и времени родоразрешения;

**Госпитализация:**

- Если АД ниже 160/110 мм. рт. ст., беременная подлежит амбулаторному наблюдению, проконсультируйте женщину и её семью относительно опасных признаков, указывающих на тяжёлую преэклампсию и эклампсию.

- Рекомендуйте: соблюдать психоэмоциональный покой, ведение домашней карты беременных (ДКБ), посещать врача общей практики 2 раза в неделю (см. таблицу, частота зависит от уровня АД).

- Если АД  $\geq 160/110$  мм. рт. ст., женщина подлежит госпитализации. В приёмном покое: общие правила приёма, госпитализация в ОПБ или в палату интенсивной терапии, наблюдение.

**Тактика:**

- Если АД ниже 160/110 мм. рт. ст., беременная подлежит амбулаторному наблюдению, проконсультируйте женщину и её семью относительно опасных признаков, указывающих на тяжёлую преэклампсию и эклампсию.

- Рекомендуйте: соблюдать психоэмоциональный покой, ведение домашней карты беременных (ДКБ), посещать врача общей практики 2 раза в неделю (см. таблицу, частота зависит от уровня АД).

- Если АД  $\geq 160/110$  мм. рт. ст., женщина подлежит госпитализации. В приёмном покое: общие правила приёма, госпитализация в ОПБ или в палату интенсивной терапии, наблюдение.

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.**

### **Актуальность.**

На сегодняшний день идет тенденция к росту инфекционных заболеваний мочевых путей- современные женщины заболевают пиелонефритом в 4 раза больше, чем их бабушки. Вероятно, это обусловлено повсеместно формирующейся антибиотикорезистентностью микроорганизмов, что требует изменения подхода к диагностике, ведению и лечению таких пациенток, учитывая возможные трудности в проведении санации и своевременном правильном подборе антибактериальной терапии.

МКБ-10 выделяет следующие варианты инфекционных заболеваний мочевых путей.

023.0. Инфекция почек при беременности.

023.1. Инфекция мочевого пузыря при беременности.

023.2. Инфекция уретры при беременности.

023.3. Инфекция других отделов мочевых путей при беременности.

023.4. Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная.

023.5. Инфекция половых путей при беременности.

023.9. Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности.

#### **Определение.**

Инфекция мочевых путей при беременности- симптомные и бессимптомные заболевания мочевых путей инфекционной природы во время беременности.

**Бессимптомная бактериурия-** обнаружение бактерий в двух последовательных микробиологических исследованиях средней порции мочи, полученной при мочеиспускании, в отсутствие клинических симптомов. В случае получения анализа мочи путём катетеризации критерии другие- диагноз правомочен при концентрации  $10^2$  КОЕ/мл и более. Состояние чаще всего выявляют в I триместре (до 75% случаев) и реже – во втором и третьем триместрах беременности (25%). Бессимптомная бактериурия-идеальный субстрат для развития острых инфекций мочевых путей: без лечения у 30-40% таких беременных развивается симптоматическая инфекция, в том числе пиелонефрит, у 1-2% - острый цистит. Вероятность осложнений снижается при обнаружении бессимптомной бактериурии ближе к доношенному сроку.

**Гестационный пиелонефрит-** неспецифический воспалительный процесс верхних мочевых путей с преимущественным поражением тубулоинтерстиция почки, чаще всего бактериальной этиологии. Гестационный пиелонефрит- не особая нозологическая форма, он лишь совпадает по времени с состоянием беременности. Частота острого пиелонефрита у беременных составляет 1-2%, большинство эпизодов заболевания

возникает во 2 и 3 триместрах, когда стаз мочи и гидронефротическая трансформация почек значительно выражены.

Около 75-95% патогенов, ответственных за развитие инфекции мочевых путей, - *Escherichia coli*, в остальных ситуациях микрофлора чаще представлена *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus*, *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus group B*, стафилококками и грибами.

#### **Риски при инфекциях мочевых путей.**

При инфекции мочевых путей во время беременности возникают риски, связанные не только с самой инфекцией, но также ее лечением.

#### **Осложнения беременности.**

Анемия;

Гипертензивные расстройства;

Отёки;

Протеинурия;

ПЭ;

Угроза прерывания беременности;

Преждевременные роды;

ПРПО;

Инфекционные осложнения со стороны как матери, так и плода;

ЗРП.

**Возможные отрицательные действия антибактериальных препаратов на организм матери и плода.**

Аминогликозиды- повреждение VIII пары черепных нервов.

Нитрофураны- гемолиз у плодов с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрокиназы.

Сульфаниламиды- гипербилирубинемия и ядерная желтуха у новорожденных.

Тетрациклины- дисплазия костей и зубов, окрашивание зубов.

Фторхинолины-повреждающее действие на хрящевую ткань суставов (Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. – ГЭОТАР-Медиа, 2009.)

Риск невынашивания беременности при пиелонефрите обусловлен болевым синдромом, лихорадкой у матери, а также действием экзотоксинов грамотрицательных микроорганизмов кишечной группы. Повышенная температура в первом триместре может иметь тератогенные последствия, а экзотоксины способны вызывать гемолитическую анемию (Dawkins J. C. et al. Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective descriptive hospital based-study //International Scholarly Research Notices. – 2012. – Т. 2012.) Особенно опасен пиелонефрит в ранние сроки гестации. В этом случае заболевание протекает агрессивно и может за короткие сроки перейти в уросепсис.

ПЭ- частое осложнение беременности при пиелонефрите. При ее развитии на фоне хронического пиелонефрита отеки возникают у 90% пациенток, как правило наблюдают сочетание повышения АД, протеинурии, изменений со стороны сосудов глазного дна. Если пиелонефрит изолированно сопровождает гестацию, тогда отеки не возникают, АД в норме, диурез достаточный.

#### **Возможности прогнозирования и снижения рисков.**

Повышенный риск инфекций мочевых путей отмечают у беременных, имеющих в анамнезе:

Предшествующие заболевания почек;

Структурные изменения мочевыводящих путей;

СД 1-го и 2-го типа;

Серповидно- клеточную анемию;

Низкий социальный статус.

Первопричиной инфекции могут послужить очаги хронической инфекции – любой гнойно- воспалительный процесс в организме женщины, в первую очередь заболевания органов мочеполовой системы, а также источниками могут выступать кариозные зубы, фурункулы и другие очаги.

Беременным с подозрением на инфекции мочевых путей необходимо выполнить общий анализ мочи и микробиологическое исследование мочи.

Основа предотвращения инфекций мочевых мочевыводящих путей – знание групп риска и своевременное выявление бессимптомной бактериурии. «Золотой стандарт» для её диагностики – бактериологическое исследование мочи в 12-14 недель беременности.

При своевременной диагностики и лечения ББ в 30% можно предотвратить пиелонефрит во время гестации. В антенатальном периоде также рекомендовано лечение бактериального вагиноза при помощи местных противомикробных средств с целью профилактики инфекции мочевыделительной системы.

#### **Лечение ББ.**

Проводятся после завершения органогенеза (после 8 недель).

- При бессимптомной бактериурии и при цистите - антибиотики и уросептики, к которым выявлена высокая чувствительность.

- При отсутствии бак.лаборатории – защищенные пенициллины, или цефалоспорины, уросептики, фитотерапия. Для профилактики пиелонефрита –

- позиционная терапия (коленно-локтевое положение)
- фитотерапия (настой трав – дикая морковь, кукурузные рыльца, пол-пола, шиповник.

#### **Показания к госпитализации.**

- с жалобами на дизурические явления, сопровождающиеся повышением температуры,

- боли в поясничной области с иррадиацией вперед в паховую область, внизу живота.

Для обследования, лечения и решения вопроса о дальнейшем ведении беременности.



При остром приступе болей, пиурии и гидронефрозе – госпитализация в урологическое отделение.

Лечение при остром пиелонефрите.

**1. Антибактериальная терапия:**

- антибиотики пенициллинового ряда: защищенные ампициллины - менее токсичен.

- карбенициллин

- пенициллин

- ампиокс используются на протяжении всей беременности.

- Со второго триместра: группа цефалоспоринов, группа аминогликозидов.

Гентамицин, стрептомицин противопоказан, так как вызывает глухоту!

**2. Группа макролидов - эритромицин, олеандомицин.**

**3. Химиотерапевтические средства:**

- нитрофураны (фурадонин, фурагин, фуразолидон) лучше всего фурагин так как меньше всего раздражает слизистую желудка, другие препараты этого ряда чаще приводят к тошноте и рвоте.

- Производные 8-оксихинолинов - 5-НОК, нитроксалин, неграм (налидиксовая кислота) - сочетание препаратов налидиксовой кислоты неблагоприятно с нитрофуранами так как ведет к снижению бактериостатического эффекта.

**4. Для улучшения оттока мочи – спазмолитики, десенсибилизирующие средства.**

**5. Растительные средства - улучшающие отток мочи и дезинфицирующие мочу: толокнянка, пол-пола, плоды шиповника, кукурузные рыльца, семена тыквы, можно использовать также готовые сборы трав в виде таблеток или сиропа.**

После родов:

**Лечение должно проводиться в течение 2-3 недель.**

**Рекомендовано:**

- Обязательное раннее вставание с постели, что способствует лучшему оттоку мочи.
- Лечение проводится теми же препаратами, но надо отказаться от эритромицина (имеет очень высокую концентрацию в молоке), но появляется возможность использовать сульфаниламиды пролонгированного действия.

**Критерии выздоровления - 2-3 нормальных анализа мочи.**

После выписки поставить на учет к урологу, наблюдать в течение 3-5 лет.

- После родов в течение 2-х недель в послеродовом периоде наблюдение за родильницей, активный патронаж, для своевременного выявления обострения хронического пиелонефрита.

- Охват контрацепцией. Женщинам с пиелонефритом противопоказаны гормональные контрацептивы, так как они создают условия для обострения.

- Дальнейшее лечение заболевания почек проводится терапевтом.

## **ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА**

**Определение:**

- Код по МКБ-10: Q20-Q28.

Врожденные пороки сердца (ВПС) – врожденные аномалии строения клапанов сердца, отверстий или перегородок между камерами сердца и отходящих от него крупных сосудов. Такой клапан не прикрывает полностью отверстия, т.е. развивается недостаточность клапана. Если же в результате воспользования створки клапана срастаются по краям, то суживается отверстие, которые они прикрывают. Такое состояние называется стенозом отверстия.

**Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП)**

**Код по МКБ-10: Q21.1**

- а) вторичный – сброс крови слева на право из левого

## предсердия в правое предсердие

### **Симптомы и признаки**

- цианоз, пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол;
- аускультативное ослабление I тона;
- грубый систолический шум по верхушке и во втором межреберье

### **Жалобы больных:**

- одышка при умеренной физической нагрузке;
- неприятные ощущения в области сердца

### **Частота наблюдений**

- Диспансеризация осуществляется совместно с кардиологом
- в I и II триместре – 1 раз в две недели;
- в III триместре еженедельно.

### **Осмотр смежных специалистов**

- - консультация терапевта и кардиолога;
- При появлении признаков сердечной недостаточности
- консультация кардиолога и кардиохирурга для определения

перспектив сохранения беременности

### **Наименование и частота диагностических исследований**

- общий анализ крови;
- коагулограмма;
- Инструментальное исследование: ЭКГ, Допплеровская ЭХО-кардиография, в I триместре беременности - рентгенография

**Основные лечебные мероприятия** разрабатываются совместно с кардиологом и др., соблюдение режима труда и отдыха, ношение эластичных чулок.

• Ведение гемодинамического листа во время наблюдения в СВП.

• С 10 недели срока беременности в течение 6 недель рекомендуют ацетилсалициловую кислоту по 2г в сутки и поливитамины

**Показания к госпитализации**

- 1-я госпитализация в 12 нед. для подтверждения диагноза и решения вопроса о пролонгировании беременности;
- 2-я госпитализация в 24-28 нед.;
- в 34 нед. с целью подготовки к родоразрешению;
- родоразрешение – кесарево сечение

**Ведение в послеродовом периоде/реабилитация**

- В течение года послеродового периода наблюдение в СВП

Контрацепция.

**Первичный – тяжелый ВПС**

- **Симптомы и признаки** (легочная гипертензия со сбросом крови справа налево. Отмечается выраженный цианоз, эритроцитоз и высокие цифры гемотакрита)

Синдром Эйзенменгера (легочная недостаточность 3-степени при врожденных пороках) и сердечная недостаточность

- **Частота наблюдений:** при первичном ДМПП – беременность противопоказана

- **Осмотр смежных специалистов:** терапевт; кардиолог; кардиохирург

- **Наименование и частота диагностических исследований:** общий анализ крови; коагулограмма;

- **Инструментальное исследование:** рентгенологическое исследование; Эхо - кардиография сердца и доплер; ЭКГ

- **Основные лечебные мероприятия:** при первичном ДМПП – беременность противопоказана.

- **Показания к госпитализации**

- 1-я госпитализация в 12 нед. для подтверждения диагноза;
- 2-я госпитализация в 24-28 нед.;
- в 34 нед. с целью подготовки к родоразрешению;
- родоразрешение – кесарево сечение

- **Ведение в послеродовом периоде/реабилитация**

- При первичном ДМПП беременность противопоказана

**Открытый артериальный проток**  
**Незаращение Баталова протока – незаросший.**

**Симптомы и признаки**

- признаки легочной гипертензии;
- одышка при физических нагрузках;
- цианоз;
- усиленный выраженный толчок;
- высокий быстрый пульс;
- повышение систолического и понижение диастолического АД;

- положительный капиллярный пульс;
- при аускультации выслушивается непрерывный «машинный» систолодиастолический шум

• **Частота наблюдений:** совместно с кардиологом в I и II триместре – 1 раз в две недели; в III триместре еженедельно

• **Осмотр смежных специалистов:** терапевт; кардиолог; врач УЗД

• **Наименование и частота диагностических исследований:** общий анализ крови; коагулограмма;

• **Инструментальное исследование:** рентгенологическое исследование; Эхо -кардиография сердца (сроком 10-11, 26-28, 32 нед.) и доплер

• **Основные лечебные мероприятия:** ЭКГ, Эхо -кардиография сердца и доплер.

• **Показания к госпитализации:** в 34 нед. родоразрешение – кесарево сечение

• **Ведение в послеродовом периоде/реабилитация:** в течение года послеродового периода наблюдение в СВП, Контрацепция

**Врожденные аномалии сердечной перегородки**

• **а) дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП): - низкий.**

• **Симптомы и признаки:** гемодинамических нарушений

нет; грубый систолический шум в 3-4 подреберье; порок диагностируется по ЭХО -кардиографии;

- **Частота наблюдений:** совместно с кардиологом: в I и II триместре – 1 раз в две недели, в III триместре еженедельно

- **Осмотр смежных специалистов:** терапевт; кардиолог;

- **Наименование и частота диагностических исследований**

- ✓ Общий анализ кров; коагулограмма

- ✓ Инструментальное исследование: Эхо -кардиография сердца (в сроки 10-11, 26-28, 32 нед.) и доплер

- **Основные лечебные мероприятия**

- ✓ Хирургическое

- **Показания к госпитализации**

- ✓ в 34 нед. с целью подготовки к родам, родоразрешение – кесарево сечение

- **Ведение в послеродовом периоде/реабилитация**

- ✓ В течение года послеродового периода наблюдение в СВП.

Контрацепция.

- ✓ **Беременность противопоказана:** при высоком ДМЖП, тетраде Фалло, при тяжелых ВПС: легочная гипертензия со сбросом крови справа налево; выраженный цианоз, эритроцитоз, высокие цифры гематокрита. Синдром Эйзенменгера (дыхательная недостаточность 3-степени) и сердечная недостаточность.

- ✓ **Другие врожденные пороки сердца:** коартация аорты, стеноз легочной артерии и др. ведутся совместно с кардиологом, кардиохирургом.

**Ведение беременных с пролапсом митрального клапана**

**Симптомы и признаки:** синдром Барлоу (пролапс митрального клапана), синдром позднего систолического шума, синдром аномальной Т-волны, синдром «хлопающего клапана», «парусящий клапан», баллонная деформация МК, «сегментарная кардиопатия», «гибкий» МК, миксоматозный МК.

В зависимости от степени выраженности пролабирования створки МК в левое предсердие выделяют три степени пролапса МК:

I степень – выбухание створки менее чем на 0,6 см;

II степень – выбухание створки в полость левого предсердия на 0,6-0,9 см;

III степень – выбухание створки более, чем на 0,9 см.

#### **Частота наблюдений**

Диспансеризация осуществляется совместно с кардиологом

- в I и II триместре – 1 раз в две недели;

- в III триместре – еженедельно.

**Осмотр смежных специалистов:** терапевт; кардиолог; кардиохирург.

#### **Наименование и частота диагностических исследований**

- Лабораторное исследование не имеет диагностической значимости.

- ЭКГ и доплеровская ЭхоКГ на этапе прегравидарной подготовки и при беременности (сроком 10-11, 26-28, 32 нед.)

#### **Основные лечебные мероприятия**

- Немедикаментозное: соблюдение режима труда и отдыха, предупреждение психоэмоционального напряжения, ограничение физической нагрузки, фитотерапия с седативными травами, диета с ограничением солей натрия и увеличение солей калия и магния.

- Медикаментозное: назначает кардиолог при нарушениях сердечного ритма и при развитии отека легких индивидуально. Назначение препаратов магния.

- Хирургическое лечение не проводят.

- Госпитализация женщин с ПМК осуществляется в случае присоединения осложнений беременности (преэклампсия, угроза преждевременных родов) и ухудшения течения основного заболевания.

- Госпитализация в родовспомогательное учреждение III уровня.

- 1-ая госпитализация до 12 недель беременности – для уточнения диагноза и вопроса о пролонгировании беременности.
- 2-ая госпитализация в 24-28 для обследования и коррекции имеющихся нарушений.
- 3-я за 2-3 недели до предполагаемых родов с целью выработки тактики ведения родов.
- Родоразрешение в срок через естественные родовые пути. При акушерских осложнениях - кесарево сечение.

#### **Ведение в послеродовом периоде/реабилитация**

- В течение года послеродового периода наблюдение в СВП.

#### **Контрацепция**

#### **Ведение беременных с приобретенными пороками сердца**

**Симптомы и признаки:** быстрая утомляемость, мышечная слабость, тяжесть в ногах, сонливость, сердцебиение, одышка, возникающие при физических нагрузках; по мере прогрессирования порока, одышка, наблюдается в покое.

#### **Частота наблюдений**

Беременные с всеми видами сердечной патологии, выявленной до и во время беременности подлежат наблюдению кардиолога в течение всей беременности. Время и метод родоразрешения также решается с участием кардиолога.

Диспансеризация осуществляется совместно с кардиологом

- - в I и II триместре – 1 раз в две недели;
- - в III триместре – еженедельно.

**Осмотр смежных специалистов:** терапевт; кардиохирург.

#### **Наименование и частота диагностических исследований**

- общий анализ крови; коагулограмма; концентрация С-реактивного белка в крови;
- антистрептолизин - О; антистрептокиназа.
- ЭКГ на этапе прегравидарной подготовки при беременности (сроком 10-11, 26-28, 32 нед.)

#### **Основные лечебные мероприятия**

- Немедикаментозное: соблюдение режима труда и отдыха,



ношение эластичных чулок.

- Медикаментозное: назначает кардиолог индивидуально. Оптимальное время проведения хирургической коррекции порока – на этапе предварительной подготовки к беременности.

- При левожелудочной недостаточности – назначение диуретиков, а также периферических вазодилататоров. При снижении систолической функции левого желудочка – сердечные гликозиды (дигоксин).

- При правожелудочковой недостаточности – диуретики.

- При синусовой тахикардии  $\beta$ -адреноблокаторы (атенолол по 5 мг/сут). Для профилактики тромбоэмболических осложнений – низкомолекулярные гепарины.

- Госпитализация женщин с ППС осуществляется в случае присоединения осложнений беременности (преэклампсия, угроза преждевременных родов) и ухудшения течения основного заболевания.

- Госпитализация в родовспомогательное учреждение III уровня в сопровождении врача СВП.

- 1-ая госпитализация до 12 недель беременности – для уточнения диагноза и вопроса о пролонгировании беременности.

- 2-ая госпитализация в 24-28 для обследования и коррекции имеющихся нарушений.

- 3-я за 2-3 недели до предполагаемых родов с целью выработки тактики ведения родов.

#### **Ведение в послеродовом периоде/реабилитация**

- В течение года послеродового периода наблюдение в СВП. Контрацепция

- **Недостаточность аортального клапана**

- ППС, характеризующийся неполным смыканием створок аортального клапана во время диастолы, что приводит к возникновению обратного диастолического тока крови из аорты в левый желудочек.

- **Симптомы и признаки:** ощущение пульсации в области шеи, а также сердечных ударов (в положении лежа), головокружения, обморочные состояния, одышка, быстрая утомляемость, слабость.
- **Частота наблюдений.** Диспансеризация осуществляется совместно с кардиологом.
  - - в I и II триместре – 1 раз в две недели;
  - - в III триместре – еженедельно.
- **Осмотр смежных специалистов:** терапевт; кардиолог.
- **Наименование и частота диагностических исследований:** общий анализ крови; коагулограмма; концентрация С-реактивного белка в крови; антистрептолизин-О; антистрептокиназа.
  - ЭКГ на этапе прегравидарной подготовки при беременности (сроком 10-11, 26-28, 32 нед.)
- **Основные лечебные мероприятия.** Немедикаментозное лечение: соблюдение режима труда и отдыха. Медикаментозное лечение: после хирургического лечения регулярная антикоагулянтная профилактика.
- Госпитализация женщин с ППС осуществляется в случае присоединения осложнений беременности (гипертензивный синдром, угроза преждевременных родов) и ухудшения течения основного заболевания.
  - 1-ая госпитализация до 12 недель беременности – для уточнения диагноза и вопроса о пролонгировании беременности.
  - 2-ая госпитализация в 24-28 для обследования и коррекции имеющихся нарушений.
  - 3-я за 2-3 недели до предполагаемых родов с целью выработки тактики ведения родов.
- **Ведение в послеродовом периоде/реабилитация.** В течение года послеродового периода наблюдение в СВП. Контрацепция.

## ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

**Актуальность.** Острые респираторные вирусные инфекции — широко распространённые заболевания и составляют около 90% всей инфекционной патологии. Будущие матери, как правило, подвержены тем же инфекционным заболеваниям, что и вся популяция, однако особенности многих заболеваний, приводящих к летальному исходу именно у женщин, заболевших во время беременности, пока мало изучены.

**Определение и статистика.** Грипп и другие ОРВИ, относящиеся к воздушно-капельным антропонозам, стабильно удерживают лидирующие позиции в числе заболеваний органов дыхательной системы. Для беременных характерны более тяжелое течение, высокая заболеваемость и смертность. Во время эпидемии беременность нужно расценивать как фактор высокого риска не только *near miss*, но и материнской смертности.

Частота досрочного прерывания беременности на ранних сроках достигает 13—18%. Наиболее распространенным заболеванием у беременных является грипп.

Риск заболевания и смертности для беременных при гриппе выше, чем для небеременных.

Частота самопроизвольных выкидышей у заболевших, особенно в I триместре, составляет 25-50%.

В Узбекистане каждый год регистрируется более 306 тысяч больных ОРЗ. Чаще всего смерть при гриппе наступает от осложнений - от пневмонии, регистрируемой в период эпидемий у 15-21% всех госпитализированных больных гриппом.

При тяжелой токсической форме гриппа (30-40% больных) развивается ДВС-синдром. Смерть наступает от геморрагического отека легких или фибрилляции желудочков сердца.

**Клиника.** У беременной может развиться одна из 4-х форм гриппа: легкая, среднетяжелая, тяжелая и гипертоксическая

○ При легкой (включая стертые и субклинические) форме гриппа – температура тела может оставаться нормальной или повышаться до  $38^{\circ}\text{C}$ , симптомы инфекционного токсикоза слабо выражены или отсутствуют. При *среднетяжелой* (манифестной) форме гриппа повышается до  $38-39,5^{\circ}\text{C}$  и отмечаются классические симптомы заболевания (катаральные симптомы, интоксикация; респираторные симптомы, синдром сегментарного поражения легких)

○ При *тяжелой* форме гриппа  $t$  поднимается до  $40-40,5^{\circ}\text{C}$ . Появляются признаки энцефалопатии (психотические состояния; судорожные припадки, галлюцинации), сосудистые расстройства (носовые кровотечения, точечные геморрагии на мягком небе) и рвота.

○ *Молниеносная* (гипертоксическая) форма гриппа — это крайнее проявление тяжелой формы, которая характеризуется тяжелым нейротоксикозом с развитием отека мозга, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, прогрессирующим ДВС-синдромом.

○ Отмечается крайняя степень тяжести и быстрое течение заболевания.

**Клинические рекомендации- первичное звено:**

В период сезонных заболеваний – ежедневный активный патронаж беременных.

Основные лечебные мероприятия: питье, отхаркивающие средства, парацетамол.

R-графия грудной клетки, ОАК, печень.

Госпитализация – при постановке диагноза.

Частота наблюдений – после выписки 1 раз в 3 дня = 10 дней, врачом.

При подозрении на инфекцию нижних дыхательных путей – осмотр терапевта, пульмонолога, аллерголога; госпитализация.

При температуре тела  $37,5^{\circ}\text{C}$  и выше – госпитализация.

При длительности заболевания до 3-х суток – ОПБ.

Оральная гидратация (2 стакана воды/час).

Симптоматическая терапия.

При длительности заболевания более 3-х суток и тяжелой форме – госпитализация в ОР.

Оральная гидратация (2 стакана воды/час), ИТ индивидуально.

Антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения=6-7 дней).

Исключить пневмонию.

При гриппе встречаются 3 формы пневмонии: *первичная* (вирусная), *вторичная* (вирусно-бактериальная), *третичная* (бактериальная)

Подтверждение диагноза – рентген.

Госпитализация в ОР.

Антибактериальная терапия (пенициллины, цефалоспорины, метронидазол) не позднее 4 часов, после консилиума.

Противовирусная терапия, инфузионная терапия, симптоматическая терапия, десенсибилизация и профилактика тромбозмболических осложнений. Также рекомендуется небулайзерная терапия, респираторная поддержка, глюкокортикоиды.

**Степени риска пневмонии шкала CURB65 (2015, Британское торакальное общество)**

Confusion	Спутанное сознание	1 балл
Urea	Мочевина крови более 7 ммоль/л	1 балл
Respiratory rate	Частота дыхания более 30 в мин.	1 балл
Blood pressure	САД < 90 мм.рт.ст.; ДАД 60 и менее	1 балл
65	Возраст пациента 65 лет и старше	1 балл

**Степени риска смерти Беременность – фактор, отягощающий течение пневмонии! Госпитализация всех! Парентеральное введение антибактериальных препаратов!**

Пневмонии риска	низкого	Риск смерти – до 3%	0 – 1 баллов
Пневмонии риска	среднего	Риска смерти – до 9%	2 балла
Пневмонии риска	высокого	Риск смерти – до 40%	3 балла

**Клинические рекомендации – дозы антибактериальных препаратов**

Препарат	Дозировка
Амоксициллин/клавулановая кислота	1,2 г в/в каждые 8 час.
Азитромицин	500 мг в/в
Кларитромицин	500 мг в/в
Цефтриаксон	2 г в/в каждые 12 час.
Цефотаксим	2 г в/в каждые 8 час.
Цефуроксим	0,75-1,5 г в/в каждые 8 час.
Цефтазидим	2 г в/в каждые 8 час.
Цефоперазон	2 г в/в каждые 12 час.
Цефепим	2-3 г в/в каждые 12 час.
Имипенем	500 мг в/в каждые 6 час. или 1 г в/в каждые 8 час.
Меропенем/Линезолид	1 г в/в каждые 8 час.
Ванкомицин	1 г в/в каждые 12 час
Ципрофлоксацин	400 мг в/в каждые 12 час
Левифлоксацин	500 мг в/в каждые 12 час
Клиндамицин	300 мг в/в каждые 12 час
Гентамицин	3-5 мг/кг в/в
Рифампицин	600 мг в/в каждые 12-24 час
Доксициклин	200 мг перорально, далее по 100 мг/день

*Продолжительность АБ терапии 7-14 дней.*

*Показанием к прекращению АБ терапии служит афебрильный период в течение 48-72 час и отсутствие симптомов клинической*

нестабильности.

*Способ введения – внутривенный.*

**Респираторная терапия** показана при снижении сатурации ниже 94% (цель – поддержать сатурацию в пределах 94-98%)

Ингаляция увлажненным кислородом; неинвазивная вентиляция легких в режиме СРАР (постоянное положительное давление в дыхательных путях); ИВЛ; показанием для перехода одного метода к другому служит неэффективность предыдущего.

**ИВЛ** – решение принять не позднее чем через 6-12 часов отсутствия положительной динамики от неинвазивной ВЛ.

**Показания:**

- Неэффективность неинвазивной вентиляции легких
- А/Д < 90/60
- Диурез < 20 мл/час
- Потребность в вазопрессорных препаратах

**Акушерская тактика:** Досрочное родоразрешение показано при прогрессировании полиорганной недостаточности при сроке беременности более 32 недель;

метод досрочного родоразрешения определяется консилиумом с учетом информированного согласия женщины. Предпочтение – роды через естественные родовые пути;

Кесарево сечение выполняется по абсолютным акушерским показаниям, а также на умирающей женщине для повышения эффективности реанимационных мероприятий. При отсутствии признаков полиорганной недостаточности предпочтение регионарной анестезии. Родоразрешение проводить только после ликвидации симптомов дыхательной недостаточности под тщательным обезболиванием 1-2 периодов. При необходимости быстрого завершения родов – вакуум-экстракция или акушерские щипцы.

**Возможность предотвращения.** Профилактика гриппа проводится как, вовремя, так и перед предполагаемой эпидемией. Важно информировать женщин о мерах профилактики и защите от

инфекций, передаваемых воздушно-капельным и контактным путём. Профилактика распространения ОРВИ, а первую очередь заключается в соблюдении правил личной гигиены и выполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников.

- Носить защитную маску.
- Соблюдать «этикет кашля»-прикрывать нос и рот одноразовой салфеткой во время кашля и чихания, после использования выбрасывать её в мусорный контейнер.
- Часто мыть руки с мылом и водой, особенно после того, как пациентка чихнула и покашляла.
- Использовать спиртосодержащие антисептические средства для обработки рук.
- Ограничивать близкие контакты с больными людьми, объятия, поцелуи и рукопожатия, особенно при выявлении гриппоподобных симптомов.
- Избегать касаний глаз, носа и рта.
- Соблюдать социальную дистанцию на расстоянии не менее 1,5 м от окружающих.
- Немедленно обращаться за медицинской помощью при появлении симптомов заболевания.

Иммунизация не беременных женщин живой или инактивированной противогриппозной вакциной не влияет на течение беременности. Можно предложить интерфероны.

**Рекомендуется:** Вакцинация всех беременных (кроме 1 триместра) инактивированной трехвалентной противогриппозной вакциной.

**Заключение:** Профилактика и лечение гриппа постоянно совершенствуются.

Несмотря на рекомендации ВОЗ, по поводу регулярной вакцинации беременных женщин единодушного мнения нет. Существенная нехватка знаний и уверенности в безопасности и



эффективности вакцины против гриппа как среди беременных женщин, так и среди врачей вносит свой вклад в низкий уровень вакцинации в течение беременности. Неизвестна роль противовирусной терапии против гриппа у беременных.

## COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.

**Актуальность.** Вторая пандемия, изменившая жизнь людей и медицинского сообщества во всем мире, была объявлена ВОЗ в марте 2020 года. Её причиной стала стремительно распространяющаяся новая коронавирусная инфекция (НКИ) COVID-19. Хотя пандемия не выявила более тяжелого течения болезни у беременных по сравнению с общей популяцией взрослых людей, медикам необходимо быть готовыми к любому развитию ситуации в случае изменения эпидемиологической обстановки в регионах, в частности, и у нас, в Узбекистане.

**Определение и статистика.** Коронавирусная инфекция (COVID-19) — острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом вируса из рода коронавирусов SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи, с тропностью к легочной ткани, протекает от бессимптомного вирусонительства до клинически выраженных форм заболевания, характеризующихся интоксикацией, воспалительным процессом верхних и нижних дыхательных путей, вплоть до пневмонии с риском развития тяжелого острого респираторного дистресс-синдрома и сепсиса.

У матерей, родивших детей в условиях пандемии, наблюдают достоверное увеличение количества преждевременных родов по всем причинам, что может быть проявлением метаболических нарушений, вызванных вирусом, и рождения маловесных детей. При этом тяжесть течения коронавирусной инфекции прямо пропорциональна сроку беременности.

**Коронавирус и беременность: каковы риски для будущих мам.**

✓ Во многих странах, включая Узбекистан, беременным женщинам рекомендован строгий режим самоизоляции, чтобы уменьшить шансы заражения коронавирусом.

✓ Но что известно о влиянии вируса на развитие ребенка в утробе матери? Как Covid-19 влияет на беременных женщин?

Медики еще мало знают о том, как именно вирус влияет на развитие плода.

Однако в случае заражения коронавирусом беременные женщины не проявляют более тяжелых симптомов по сравнению с другими здоровыми взрослыми

*"Если бы уровень риска был очень большим, мы бы уже об этом знали,"* - Кристоф Лиз, профессор акушерства и гинекологии из Имперского колледжа Лондона.

*"В числе причин, которые указывались, было развитие дистресс-синдрома у плода, или роды ускоряли, чтобы обеспечить более эффективное лечение при низком уровне кислорода у женщины",* - Эд Муллинс из больницы Королевы Шарлотты и Челси.

Описано несколько случаев заражения ребенка коронавирусом от матери, но все младенцы выздоровели и были выписаны из больницы.

Китайское исследование обнаружило три таких случая из 33 беременных женщин с Covid-19.

Определить, где именно произошло заражение ребенка: в матке, во время родов или в первые моменты после рождения, очень сложно.

Британский Королевский колледж акушеров и гинекологов заявил, что *свидетельств, о негативном влиянии вируса на развитие ребенка нет.*

Описание вируса. Семейство коронавирусов (*Coronaviridae*) поражают человека и животных.

В конце 2019 года был обнаружен и идентифицирован новый вид коронавируса, вызвавший кластер случаев пневмонии в городе Ухань провинции Хубэй, Китай.

Вирус, вызывающий COVID-19, обозначен как коронавирус, вызывающий тяжелый острый респираторный синдром – 2 (SARS-CoV-2); ранее он назывался 2019-nCoV.

Считается, что распространение SARS-CoV-2 происходит воздушно-капельным путем и напоминает пути распространения гриппа.

На сегодняшний день нет доказательств, что беременные более подвержены заражению.

В связи с изменением иммунного ответа в организме беременных, вероятность развития более тяжелой клинической картины может увеличиваться.

**Контагиозность.** Индекс репродукции SARS-CoV-2 ( $R_0$ ) составляет 5,7, 95% ДИ (3.8–8.9), т.е. один больной в среднем может заразить 5,7 человек. Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток.

**Спектр клинической симптоматики.**

- отсутствие пневмонии, либо легкое ее течение зарегистрировано у 81% пациентов.
- тяжелое заболевание (развитие одышки, гипоксии, поражение более 50% легочной ткани по результатам тестов визуализации) отмечено у 14%.
- критические состояния с развитием дыхательной недостаточности, шока, полиорганной недостаточности наблюдалось у 5%.
- средний коэффициент смертности составил 2,3%, при этом не отмечено ни одного летального исхода среди пациентов без критического состояния.

**Клинические проявления.**

**Часто:**

- Лихорадка (повышение температуры) – 99%

- Слабость – у 70%
- Сухой кашель – у 59%
- Отсутствие аппетита – у 40%
- Миалгии – у 35%
- Продукция мокроты – у 27%.

**Реже:**

Головная боль, боль в горле, насморк (ринорея), гипосмия, расстройства ЖКТ (тошнота и диарея), спутанность сознания, головные боли, кровохарканье, сердцебиение.

Известно и о случаях бессимптомного течения заболевания, однако частота такого варианта продолжает оставаться невыясненной.

Симптомы у беременных схожи с симптомами пациентов в общей популяции.

**Диагностика COVID-19.**

Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

**Инструментальная диагностика:**

- КТ легких

(при отсутствии возможности – обзорная рентгенография или УЗИ ОГК);

- ЭКГ

**Подробная оценка:** жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза.

**Физикальное обследование:** оценка слизистых оболочек верхних дыхательных путей; аускультация и перкуссия легких, пальпация лимфатических узлов; исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки; термометрия.

- **Лабораторная диагностика:**
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- исследование уровня С-реактивного белка;

- пульсоксиметрия.
- + пациентам с ОДН:
- исследование газов артериальной крови;
- коагулограмма.

Госпитализация осуществляется с учетом требований, предусмотренных в временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях пандемии COVID-19.

### **Группы риска тяжелого течения у беременных.**

Беременные с соматическими заболеваниями:

- Бронхиальная астма
- Ожирение (ИМТ>40)
- ГСД
- Хр.заболевания почек
- АФС
- Тяжелая анемия
- Аутоиммунные заболевания.
- Симптомы пневмонии. Наиболее частым серьезным клиническим проявлением COVID-19 в общей популяции является пневмония, характеризующаяся: повышением температуры, кашлем, одышкой, появлением билатеральных инфильтратов в легких.

### **Классификация по степени тяжести:**

- Легкая ( $t < 38,6$ ; кашель, слабость, боли в горле, отсутствие симптомов средне - тяжелого течения)
- Средне - тяжелая ( $t > 38,5$ ; частота дыханий  $> 22$ ; одышка при нагрузке; пневмония (КТ подтвержденная!);  $SpO_2 < 95$ ; СРБ  $> 10$  мг/л)
- Тяжелая (частота дыханий  $> 30$ ;  $SpO_2 < 93$ ; прогрессирование пневмонии – нарастание площади инфильтрации более 50% за 24-48 час.; нестабильная гемодинамика; диурез  $< 20$ мл/час)

- *Крайне тяжелая* (ОДН с необходимостью ИВЛ, септический шок, полиорганная недостаточность).

*Влияние на плод.* В настоящее время нет данных о том, что у беременных с COVID-19 имеется повышенный риск прерывания беременности на ранних сроках, риск неразвивающейся беременности. Не прослеживается связь между коронавирусной инфекцией и повышением риска потери беременности во втором триместре. В настоящее время нет доказательств того, что вирус проявляет тератогенные свойства.

#### **Исходы беременности:**

Систематический обзор исходов беременности у 41 женщины с пневмонией и COVID-19, большинство из которых были переведены на ИВЛ, показал следующую частоту осложнений беременности.

#### **Для матери:**

- Роды на сроках <37 недель- 41,1%;
- Дородовый разрыв плодных оболочек-18,8%;
- Преэклампсия-13,6%;
- Кесарево сечение-91,1%;
- Невынашивание на ранних сроках-нет данных.

#### **Для плода:**

- Мертворождение-2,4%;
- Перевод в ОПИТ -10%;
- Неонатальная смерть-2,4% (*Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, et al Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID 1 -19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020*).

Метод ПЦР- основа лабораторной диагностики COVID-19 у беременных.

**Основной биоматериал:** мазок из носоглотки и/или ротоглотки, промывные воды бронхов, (эндо)трахеальный, назофарингеальный аспират, мокрота.

**Дополнительный биоматериал:** ткань легких, цельная кровь, сыворотка, моча, фекалии (*Detection of SARS-CoV-2 in Different*

Types of Clinical Specimens JAMA. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3786).

Для подтверждения диагноза могут быть необходимы повторные тесты. Серологические методы в качестве диагностики могут применяться в отсутствие возможности проведения ПЦР.

**Другие методы лабораторной диагностики COVID-19 у беременных:**

- **общий анализ крови:** количество лейкоцитов может быть в норме, либо снижено, может наблюдаться лимфопения, иногда – тромбоцитопения;

- **биохимический анализ крови:** (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). Иногда наблюдается повышение уровня печеночных ферментов и креатинфосфокиназы;

- **С-реактивный белок (СРБ):** обычно повышен.

- **коагулограмма:** с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ.

- **исследование газов артериальной крови** (при признаках ОДН): РаСО<sub>2</sub>, рН, бикарбонаты, лактат (по показаниям).

*В родильном доме необходимо проводить обследование на COVID-19 всем поступившим.*

**Рекомендации для учреждений, оказывающих помощь в антенатальном периоде:** Уход за беременными, роженицами и родильницами относится к основным видам оказания помощи и должен проводиться наряду с другими видами медицинского обслуживания.

- Клиническим опытом доказано, что если женщинам помощь не оказывается, риск материнской смертности, мертворождений и прочих акушерских осложнений резко возрастает. Основные лечебные мероприятия (при легкой форме заболевания, t до 37,5): питье, отхаркивающие средства, парацетамол. Госпитализация – при появлении хотя бы 1 симптома **СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОЙ/ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ**. Частота наблюдений – после выписки 1 раз в 3 дня = 10

дней, врачом. При температуре тела  $37,5^{\circ}\text{C}$  и выше и ухудшении состояния – госпитализация. При длительности заболевания до 3-х суток – ОПБ. Оральная гидратация (2 стакана воды/час). Симптоматическая терапия.

Важно! По возможности нужно снижать число антенатальных визитов, количество УЗИ, количество лабораторных тестов. При этом сохраняя безопасность для развития и течения беременности.

• **Посещения учреждений не рекомендовано женщинам, если:**

- необходима самоизоляция;
- беременная входит в число контактных лиц с больным COVID-19;
- беременная входит в число контактных лиц с больными, имеющими длительный кашель и/или повышение температуры тела.

Нужно осуществлять антенатальные консультации посредством удаленной связи: телефон, видеосвязь, интернет, мессенджеры, различные приложения, официальный сайт МЗ РУз <http://coronavirus.uz>, Telegram бот - [@checkCoronavirusBot](https://t.me/checkCoronavirusBot)

• Если состояние экстренное, или невозможно решить вопросы удаленно, нужно попросить женщину явиться на очный прием.

• Какие именно женщины могут получать консультации удаленно должны решить медработники на местах.

Антенатальные визиты могут быть отложены:

– на срок до 7 дней, если симптомы (за исключением постоянного кашля) сохраняются.

– на 14 дней для женщин, находившихся в контакте с больным COVID-19, либо с тем, у кого имелись возможные признаки этого заболевания.

При обращении в учреждение женщины с подозрением или подтверждением COVID-19 при возникновении неотложной ситуации в раннем сроке беременности, необходимо предпринять меры по помещению ее в изолятор, а персоналу надлежит



использовать оборудование для индивидуальной защиты. После этого медицинская и акушерская помощь таким женщинам оказывается в соответствии с обычными рекомендациями по ведению соответствующей патологии.

Рекомендации для учреждений, оказывающих помощь во время родов: нужно организовать уход с соблюдением принципов инфекционной безопасности. Привлекать минимальное число медработников, но обеспечить возможность проведения неотложной акушерской, анестезиологической и неонатальной помощи.

### **НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ:**

- Присутствие партнера в родах.
- Посещения послеродовых отделений.
- Отделений патологии беременных.

Рекомендовать родственникам и членам семьи использовать дистанционные методики связи. Все беременные с подозрением на COVID-19 должны перевозиться в медицинское учреждение в машине скорой помощи (МСП).

**Если система здравоохранения перегружена:**

- в МСП перевозить только женщин с тяжелыми симптомами.
- можно использовать другие специальные транспортные средства.

Персоналу необходимо использовать средства индивидуальной защиты в соответствии с национальными рекомендациями.

**При поступлении беременную переводят в изолятор, где:**

- созданы условия для пребывания пациентки на весь период госпитализации.
- по-возможности есть тамбур, где персонал может сменить/одеть персональное защитное оборудование.
- имеется санузел.
- нет лишних предметов и вещей.

В помещение должен входить лишь основной персонал.

Все использованные помещения обрабатываются в соответствии с национальными рекомендациями. Обращение пациентки с неподтверждённым COVID-19, но с симптомами, указывающими на возможную инфекцию. У входа в роддом организовать систему для быстрого выявления случаев инфекции:

- у двери,
- в регистратуре.

Первичное определение наличия инфекции должно проводиться до того, как женщина заняла место (например, села на стул) в приемном отделении/регистратуре.

Выявление подозрительных случаев, случаев инфицирования должно проводиться в соответствии с Национальным руководством по COVID-19 МЗ РУз.

До получения отрицательных результатов тестов к пациентке следует относиться, как к больной COVID-19 и принять все меры предосторожности!

При с COVID-19 симптомах, связанных с акушерским состоянием (например, повышение температуры при отхождении вод), совпадающих :

- получить дополнительную консультацию специалистов,
- вести и обследовать пациентку как больную с COVID-19.

При подозрении на COVID-19 не задерживать проведение рутинных акушерских мероприятий.

### **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В РОДАХ ЖЕНЩИНАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ ИЛИ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ COVID-19.**

В родильном учреждении акушерская помощь пациентке с подозрением или установленным диагнозом COVID-19 оказывается, как обычной роженице.

После размещения женщины в изоляторе начать наблюдение за состоянием матери и плода:

- **Оценить тяжесть симптомов COVID-19:**
  - Если необходимо, нужно привлечь членов мультидисциплинарной команды, включая инфекционистов и

специалистов смежных дисциплин.

Наличие COVID-19 у беременной не является абсолютным показанием к прерыванию беременности, однако вопрос об ускорении родоразрешения должен обсуждаться в каждом конкретном случае.

Если состояние матери позволяет, основным показателем должен стать **ГЕСТАЦИОННЫЙ СРОК**.

**Срок родоразрешения выбирают, учитывая следующие принципы:**

- Исходя из акушерских показаний, если у беременной есть причины для более раннего родоразрешения, как, например, предлежание плаценты, преэклампсия, неправильное положение плода;
- Если нет положительной динамики течения COVID-19 у беременной, нужно рассмотреть вопрос завершения беременности, даже если нет акушерских показаний;
- Если состояние беременной с COVID-19 тяжелое или критическое, по жизненным показаниям провести родоразрешение вне зависимости от гестационного срока.

Для снижения операционных и послеоперационных осложнений кесарево сечение должен выполнять квалифицированный хирург, особое внимание нужно уделять достижению надежного гемостаза.

При перегрузке системы здравоохранения, родоразрешение после 32-34 недель гестации в некоторых случаях может иметь преимущества для дальнейшего лечения и безопасности пациентов.

Нужно использовать более гибкие и расширенные показания к кесареву сечению. В особенности, шире используйте оперативное родоразрешение у женщин с затянувшимся первым периодом родов.

**Некоторые аспекты ухода во время родов. Начало спонтанных или индуцированных родов.**

При подозрении/подтвержденном диагнозе COVID-19 у

женщины с началом родовой деятельности оповестить следующих членов мультидисциплинарной команды: к уходу за роженицей следует привлекать минимальное количество сотрудников. Составить список медработников, привлекаемых в случае развития неотложной ситуации. Наблюдение за роженицей включает оценку и измерение стандартного набора исследований плюс ежечасная оценка сатурации  $U$  роженицы. Показатель сатурации должен быть не менее 94%. При необходимости, регулировать подачу кислорода. Так как нет доказательств, эпидуральная или спинальная анальгезия не противопоказана. Рекомендовать эти виды обезболивания для снижения необходимости общей анестезии. Решение об ускорении второго периода (инструментальные роды) принимать в индивидуальном порядке в зависимости от симптомов роженицы, и появления у нее тяжелой одышки, падения сатурации кислородом. Пересечение пупочины проводить в соответствии с принятыми стандартами. Не проводить контакт кожа к коже.

При планировании кесарева сечения и индукции родов, индивидуально оценить возможность отсрочки родоразрешения для снижения риска передачи инфекции в постнатальном периоде:

- другим беременным,
- медицинским работникам,
- новорожденному.

Если кесарево сечение отсрочить невозможно, следовать рекомендациям по ведению женщин с подозрением/подтвержденным диагнозом COVID-19.

- Действия акушеров-гинекологов во время проведения кесарева сечения не отличаются от рутинной практики.
- Женщины с индукцией родов должны оставаться в изоляторе на весь период госпитализации.

При ухудшении состояния пациентки с COVID-19:

Привлечь к ведению пациентки мультидисциплинарную команду из **НАИБОЛЕЕ ОПЫТНЫХ** специалистов: акушера-гинеколога, инфекциониста, анестезиолога, акушерку.

Обсудить план ведения в команде и информировать пациентку. Прежде всего обсудить следующие моменты:

- каковы основные приоритеты при оказании помощи.
- в каком отделении оказывать помощь (палата интенсивной терапии, изоляционная комната, инфекционное отделение и т.д.).
- каково состояние плода.

Проводить следующие мероприятия:

- ежечасный контроль всех жизненно важных показателей (гемодинамическое наблюдение).
- поддерживать сатурацию на уровне более 94%.
- ежечасно измерять частоту дыхательных движений и динамику этого показателя.

Молодые женщины могут компенсировать нарушение респираторной функции в течение определенного времени, после чего наступает внезапная декомпенсация. Даже незначительное увеличение ЧДД без снижения сатурации может говорить об ухудшении функции дыхания. Этот признак говорит о необходимости корректировать подачу кислорода. Проводить рентгенографию и компьютерную томографию (КТ) грудной клетки, как и небеременной женщине.

- Методы визуализации органов грудной клетки, а в особенности компьютерная томография считается основным в оценке состояния пациентки с COVID-19.

- КТ должна проводиться безотлагательно, как только возникнут показания и без учета сроков беременности.

Для защиты плода можно использовать специальные фартуки, расположенные на животе женщины. Нужно помнить, что не каждый подъем температуры у пациентки связан с наличием COVID-19.

- Провести скрининг на наличие септического состояния.
- При повышении уровня лейкоцитов провести дифференциальную диагностику с бактериальной инфекцией.

Инфузионную терапию проводить с осторожностью.

- ввести начальный болюс (250-500 мл)

- оценить наличие признаков перегрузки
- если позволительно, приступить к введению дополнительных объемов жидкости.

Частоту и необходимость контроля за состоянием плода рассматривать в индивидуальном порядке, принимая во внимание гестационный срок плода и состояние матери.

Экстренное родоразрешение. Срочное родоразрешение по показаниям со стороны плода проводить согласно принятым стандартам, если позволяет состояние матери.

До родоразрешения нужно добиться стабилизации состояния матери, а также рассмотреть:

- состояние плода
  - потенциальные шансы улучшения состояния матери после родоразрешения
  - гестационный срок.
- Глюкокортикоиды для профилактики РДС плода назначать в соответствии с принятыми акушерскими стандартами.
  - Назначение глюкокортикоидов не должно быть причиной отсрочки экстренного родоразрешения. Отдавать приоритет всегда следует состоянию матери.

#### **Основные принципы терапии неотложных состояний:**

Инфузионная терапия: гипотонические кристаллоидные растворы не должны быть основой терапии, коллоидные растворы не рекомендуются к применению. Необходимо вести пациентов в нулевом или небольшом отрицательном балансе

**НИВЛ:** при отсутствии эффекта от первичной респираторной терапии – оксигенотерапии, начальной тактикой допускается НИВЛ, альтернативной НИВЛ также может служить высокоскоростной назальный поток;

**ИВЛ:** проводится при неэффективности НИВЛ – гипоксемии, метаболическом ацидозе или отсутствии увеличения индекса  $PaO_2/FiO_2$  в течение 2 часов, высокой частоте дыхания;

**ЭКМО:** основным показанием является ОРДС средней тяжести и тяжелого течения с длительностью проведения любой ИВЛ не более 5 суток.

**Септический шок:** незамедлительная внутривенная инфузионная терапия кристаллоидными растворами (30 мл/кг, инфузия 1 литра раствора в течение 30 мин.)

Показания для перевода в ОРИТ:

- ЧДД более 30/мин
- SpO<sub>2</sub> 93%
- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 300 мм. рт. ст.
- прогрессирование пневмонии
  - (нарастание площади инфильтративных изменений более чем на 50% через 24-48 часов)
- снижение уровня сознания
- необходимость респираторной поддержки
  - (неинвазивной и инвазивной вентиляции легких)
- нестабильная гемодинамика
  - (систолическое АД менее 90 мм. рт. ст.
  - или диастолическое АД менее 60 мм. рт. ст., потребность в вазопрессорных препаратах, диурез менее 0,5 мл/кг/час)
- синдром полиорганной недостаточности
- qSOFA > 2 балла
- лактат артериальной крови > 2 ммоль.

**Помощь новорожденным в родильном зале:**

• На родах женщины с подозрением/ подтвержденным диагнозом COVID-19 должен присутствовать **ОТДЕЛЬНЫЙ НЕОНАТОЛОГ** – член мультидисциплинарной команды.

• Если **необходима реанимация новорожденного**, для снижения риска в отношении медицинского персонала рассмотрите вопрос о **проведении всех мероприятий в отдельном помещении**.

• Мероприятия и процедуры, требующие использование персоналом средств индивидуальной защиты:

- интубация

– СРАР-терапия

Если возможно, выхаживание новорожденных, нуждающихся в респираторной поддержке, следует проводить в кувезах.

- Ведение в послеродовом периоде зависит от общего состояния пациентки.

- Не изолировать новорожденных во всех случаях (рутинно).

- Однако, если попросит мать, в некоторых случаях возможен перевод ребенка в отделение для новорожденных до тех пор, пока меры по изоляции матери не будут отменены полностью.

- При уходе за новорожденным с подтвержденным диагнозом на COVID-19 проводить полный контроль за распространением инфекции.

- Рекомендовать женщинам хорошо мыть руки, пользоваться маской во время ухода за новорожденным.

- Женщинам, которые решили кормить грудью, разрешать это делать после мытья рук и в маске.

**Проведение тестов на COVID-19 у новорожденных.**

- Первый тест новорожденному на COVID-19 проводится через 12-24 часа после родов (при более раннем тестировании, высока вероятность, что тест будет ложным).

- Повторное тестирование для подтверждения результатов проводится через 24 часа.

- В качестве материала для тестирования забирают назофарингеальный, либо орофарингеальный мазок.

- Последующее тестирование проводится по показаниям (например, ухудшение состояния новорожденного при выздоровлении матери, рекомендации инфекционистов и др.).

Наличие у матери COVID-19 не является показанием для перевода новорожденных в отделение патологии. Клиническую оценку состояния новорожденного проводите в соответствии с принятыми стандартами. Если состояние ребенка позволяет, то рассмотрите вопрос о совместном пребывании. При переводе в



отделение патологии, воспользоваться обычными критериями и принятыми стандартами практики по ведению новорожденных.

Проявлять особую настороженность в отношении развития септического состояния. При выписке информировать женщину о признаках, требующих повторного обращения за медицинской помощью и госпитализации. Плановые рутинные мероприятия и процедуры (например, проверка слуха), можно отсрочить. Новорожденные, рожденные от матерей с COVID-19, должны питаться в соответствии со стандартными рекомендациями по вскармливанию, строго соблюдая меры предосторожности.

- **Всем нуждающимся женщинам предоставить:**
  - консультирование по вопросам грудного вскармливания.
  - базовую психосоциальную поддержку.
  - практическую поддержку по началу и продолжению грудного вскармливания.
  - рекомендации по профилактике передачи инфекции.

Если тяжелое состояние матери не позволяет ей ухаживать за ребенком или продолжать кормление грудью, рекомендовать сцеживание молока.

Если тяжелое состояние матери позволяет ей ни кормить грудью, ни сцеживать молоко, рассмотреть возможность кормления новорожденного донорским грудным молоком, либо соответствующими заменителями грудного молока.

## **МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ COVID-19 У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ.**

Этиотропное лечение у беременных, рожениц и родильниц в настоящее время не разработано. Возможно назначение противовирусных препаратов если предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода, а также по жизненным показаниям.

**Рекомбинантный интерферон альфа 2b (FDA категория C)**

- **Доза препарата: 5 млн. МЕД в 2 мл стерильной воды для**

инъекций дважды в день с использованием небулайзера.

Лопинавир + ритонавир (категория FDA не определена)

• Доза препарата: 400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме.

• В случае невозможности перорального приема препараты (вводятся через назогастральный зонд в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней.

Лечение должно быть начато как можно раньше. Решение вопроса о продолжении грудного вскармливания зависит от тяжести состояния матери.

Патогенетическое лечение.

**Регидратация.** Необходимо обеспечивать достаточное поступление жидкости в организм. Это должно обеспечиваться преимущественно за счет пероральной регидратации.

Суточная потребность в жидкости должна рассчитываться с учетом лихорадки, одышки, потерь жидкости при диарее, рвоте (в случае наличия у пациента таких симптомов). В среднем достаточное количество жидкости 1,5-2 литра в сутки и более, если нет противопоказаний по соматической патологии.

**При тяжелой форме**

• При проведении инфузионной терапии важное значение имеет скорость введения жидкости. Чем меньше скорость введения жидкости, тем безопаснее для пациента

• При выраженной интоксикации, а также при дискомфорте в животе, тошноте и/или рвоте показаны энтеросорбенты (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксанаполигидрат и другие).

• **Антикоагулянты.** НМГ (клексан – 0,4 – 0,6 мг х 2 раза/сут). Отменить за 8 час до родоразрешения и вновь начать через 8 часов после родов и удаления перидурального катетера.

• **Противовоспалительное.** ГКГ (дексаметазон 8 мг х 2 раза в/в).

**Мукорегулирующая терапия:** может включать в себя один из трех препаратов:

1. Амброксол 30 мг 3 раза в сутки внутрь или по 1 мл (7,5 мг) п/к, в/м или в/в 2–3 раза в сутки

2. Ацетилцистеин 200 мг 2–3 раза в сутки внутрь, или 600 мг 1 раз в сутки, или по 300 мг (3 мл) в/м или в/в 1–2 раза в сутки (парентеральное введение показано при невозможности приема внутрь). Суточная доза — 600 мг

3. Бромгексин (не в первом триместре!) 1–2 таблетки по 8 мг 3–4 раза в день.

## ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. Наиболее часто встречающиеся экстрагенитальные заболевания у беременных:
  - A. Заболевания сердечно-сосудистой системы
  - B. Заболевания почек
  - C. Сахарный диабет
  - D. Инфекции
  
2. С чем связано повышение нагрузки на сердечно-сосудистую систему при беременности:
  - A. Усилением обмена веществ, увеличением ОЦК, постоянно нарастающей массой тела
  - B. Повышением нагрузки на сердечно-сосудистую систему, увеличением содержания гормонов в крови, анемией
  - C. Увеличением содержания простагландинов и окситоцина, увеличением размеров матки, повышением внутрибрюшного давления
  - D. Ограничением подвижности диафрагмы, изменением положения сердца, физиологической тахикардией
  
3. Какие физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе у беременных могут неблагоприятно повлиять на состояние женщин, страдающих заболеваниями сердца и сосудов:
  - A. Все вышеперечисленное
  - B. Увеличение ОЦК
  - C. Нарастающей массой тела
  - D. Увеличением содержания гормонов и простагландинов
  
4. Что является наиболее значимым гемодинамическим сдвигом во время беременности?
  - A. Увеличение сердечного выброса
  - B. Увеличение частоты сердечных сокращений
  - C. Повышение артериального давления
  - D. Усиление работы левого желудочка

5. В каком сроке беременности достигается максимальное увеличение сердечного выброса?
- A. На 20-34 неделе
  - B. На 4-8 неделе
  - C. На 10-20 неделе
  - D. На 36-40 неделе
6. В каком сроке беременности особенно возрастает работа сердца?
- A. На 26-32 неделе
  - B. На 20-34 неделе
  - C. На 36-40 неделе
  - D. На 4-8 неделе
7. В каком сроке беременности достигает максимума ОЦК?
- A. На 29-36 неделе
  - B. После 24 недели
  - C. На 36-40 неделе
  - D. На 4-8 неделе
8. Как изменяется ОЦК во время родов?
- A. Существенно не изменяется
  - B. Резко возрастает
  - C. Резко снижается
  - D. Незначительно возрастает
9. Как изменяется ЦВД при беременности?
- A. Находится на верхней границе нормы
  - B. Повышается
  - C. Снижается
  - D. Не изменяется
10. Что оказывает значительное влияние на гемодинамику при оперативных акушерских вмешательствах?
- A. Метод анестезии и анальгезии
  - B. Исходное состояние сердечно-сосудистой системы

- C. Метод вмешательства
- D. Продолжительность операции

11. Основная причина развития синдрома сдавления нижней полой вены:

- A. Все вышеперечисленное
- B. Недостаточная адаптация сердечно-сосудистой системы, уменьшение венозного возврата к сердцу

- C. Рост матки
- D. Давление на нижнюю полую вену

12. Методы лечения синдрома сдавления нижней полой вены:

- A. Немедленно повернуть женщину на бок
- B. Медикаментозного лечения не требуется
- C. Немедленно ввести препараты, повышающие артериальное давление
- D. Создать полный покой и приподнять ножной конец кровати

13. Систолический сердечный шум у беременных:

- A. Может выслушиваться при физиологическом течении беременности
- B. Является симптомом только тяжелого заболевания сердца
- C. Является признаком только тяжелой пре-эклампсии
- D. У здоровых беременных не выслушивается

14. Основные показатели ЭКГ у здоровых беременных:

- A. Все вышеперечисленное
- B. Сдвиг электрической оси влево
- C. Снижение сегмента ST
- D. Глубокий зубец Q, уменьшающийся при задержке дыхания

15. Как изменятся масса тела у здоровых беременных женщин?

- A. Увеличивается к концу беременности на 10-12 кг

- В. Не изменяется
- С. Увеличивается на 10-12 кг, начиная с 20 недели беременности
- Д. Уменьшается, особенно при ранних токсикозах
16. Какой срок беременности является наиболее рискованным для беременных с ревматическим миокардитом?
- А. После 12 недель
- В. 38-40 недель
- С. 28-32 недели
- Д. После 20 недель
17. Причины острой левожелудочковой недостаточности у беременных:
- А. Все вышеперечисленное
- В. Аортальный порок
- С. Резкая гипертензия
- Д. Тяжелая анемия
18. Как влияют заболевания сердца матери на плод?
- А. Высокая частота врожденных заболеваний сердца
- В. Никак не влияют
- С. Высокая частота аномалий развития других органов
- Д. Высокая частота внутричерепного кровоизлияния
19. Как устанавливается активность ревматического процесса при беременности?
- А. Документально подтвержденные анамнестические данные в сочетании с субфебрилитетом незадолго до наступления беременности
- В. Беременность сама по себе предрасполагает к обострению ревматизма
- С. По резко выраженным суставным проявлениям
- Д. Субфебрилитет, ускорение СОЭ, повышенный лейкоцитоз – наиболее достоверные признаки

20. Каков удельный вес приобретенных ревматических пороков сердца у беременных?

А. Митральный стеноз, недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз

В. Недостаточность трехстворчатого клапана, стеноз трехстворчатого клапана, порок клапана легочной артерии, много клапанные ревматические пороки

С. Много клапанные ревматические пороки, недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана, порок клапана легочной артерии

Д. Недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана, стеноз митрального клапана, стеноз аортального клапана

21. От чего зависит степень риска беременности у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?

А. От наличия или отсутствия симптомов сердечной недостаточности

В. От сочетания с пре-эклампсией

С. От своевременно выполненного хирургического вмешательства

Д. От возможности родоразрешения в условиях специализированного роддома

22. При какой степени риска по Л.В. Ваниной допускается беременность?

А. При I, II

В. При III, IV

С. При всех

Д. Беременность не допускается

23. Самая частая форма ревматического порока сердца у беременных это:

А. Митральный стеноз

В. Аортальный стеноз



- C. Недостаточность аортального клапана
  - D. Недостаточность митрального клапана
24. Основные признаки после инфекционного миокардита у беременных:
- A. Длительное течение, стойкая экстрасистолия, спустя несколько дней после вирусной инфекции
  - B. Отеки стоп, субфебрильная температура, спустя несколько дней после вирусной инфекции
  - C. Острая дыхательная и сердечная недостаточность во время вирусной инфекции
  - D. Скрытое течение, симптомы появляются только на конечной стадии заболевания
25. Перинатальная кардиомиопатия это:
- A. Дилатационное увеличение сердца, связанное с беременностью и родами
  - B. Увеличение сердца, связанное с повышением давления в портальной вене
  - C. Заболевание, связанное с гипертрофией межжелудочковой перегородки, приводящей к уменьшению полости левого желудочка
  - D. Гипертрофия миокарда в послеродовом периоде
26. Причины миокардиодистрофии у беременных:
- A. Тиреотоксикоз, анемия
  - B. Перенесенный инфаркт миокарда
  - C. Гормональные нарушения, склероз сердечных сосудов
  - D. Интоксикация
27. Факторы риска инфаркта миокарда у беременных:
- A. Курение и длительный прием гормональных противозачаточных средств
  - B. Аномалии развития коронарных сосудов
  - C. Ранний атеросклероз коронарных сосудов
  - D. Гормональные изменения, связанные с беременностью

28. Акушерская тактика при подостром бактериальном эндокардите:

А. Прерывание беременности в раннем сроке

В. Прерывание беременности при появлении симптомов сердечной недостаточности

С. Кесарево сечение при доношенном сроке беременности

Д. Индукция родов

29. Аритмии при беременности свидетельствуют о

А. Наличии заболеваний сердца

В. Гемодинамической перегрузке сердца в связи с беременностью

С. Обострении ревматического процесса

Д. Физиологических изменениях в сердечно-сосудистой системе при беременности

30. Женщинам, оперированным по поводу порока сердца

А. Имеют возможность стать матерями

В. Беременность противопоказана

С. Могут иметь беременность и роды только после комиссуротомии

Д. Могут иметь беременность и роды только после операции по поводу врожденного порока сердца, произведенной в детском возрасте

31. Благополучное течение беременности и родов у женщин, оперированных по поводу врожденных пороков сердца, возможно

А. При наличии хороших результатов пробы с физической нагрузкой

В. Только при успешной коррекции открытого артериального протока в детском возрасте

С. После хирургической коррекции любого вида порока в возрасте до 35 лет

Д. При отсутствии симптомов декомпенсации

32. Показания для хирургического лечения митрального стеноза при беременности в современных условиях:

- A. Создание более благоприятных условий для плода
- B. Нарастающая сердечная недостаточность
- C. Отек легких
- D. Профилактика сердечной недостаточности

33. Женщины с клапанным протезом сердца

- A. Имеют очень высокий риск тромбоэмболии во время беременности
- B. Могут иметь нормально протекающую беременность и роды
- C. Относятся к категории с абсолютными противопоказаниями к беременности
- D. Могут иметь беременность в случае, если постоянно получают антикоагулянтную терапию

34. Вопрос о допустимости беременности у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, решается в зависимости от:

- A. Состояния, возраста, возможности квалифицированного обследования до замужества
- B. Возраста
- C. Наличия или отсутствия симптомов декомпенсации
- D. Возраста и паритета

35. При беременности степень активности ревматического процесса следует определять

- A. Трижды – в первые 3 и последние 2 месяца беременности, после родов
- B. Трижды – в первые 12 недель, 28-32 недели, перед родами
- C. В первые 12 недель и после родов
- D. После 20 недель и после родов

36. Сроки госпитализации беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- A. 8-10 недель, 28-29 недель, 37-38 недель
- B. До 12 недель, 20-24 недели, 36-40 недель
- C. После 20 недель
- D. С 12 недель и до окончания родов

37. Кардиологический контроль у беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует проводить

A. Каждые 2 недели в первой половине и еженедельно во второй половине беременности

- B. 8-10 недель, 28-29 недель, 37-38 недель
- C. До 12 недель
- D. До 12 недель и перед родами

38. Вопрос о сохранении беременности у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями следует решать

- A. В первые 12 недель
- B. При появлении признаков декомпенсации
- C. Положительно только при условии постоянного пребывания в специализированном стационаре
- D. В первые 20 недель беременности

39. Бициллинопрофилактика у беременных с ревматизмом

- A. Не противопоказана
- B. Противопоказана
- C. Показана только при отсутствии других антибиотиков
- D. Показана только в сочетании с салицилатами

40. Ацетилсалициловая кислота у беременных с ревматизмом

- A. Требуется отмены не позднее, чем за неделю до родов
- B. Является эффективным методом лечения III степени активности ревматического процесса в суточно дозе 6 г
- C. Увеличивает кровопотерю в родах на 300 мл
- D. Удлиняет продолжительность родов приблизительно на 5 часов

41. Основной принцип лечения беременных с подострым бактериальным эндокардитом

- A. Большие дозы антибиотиков пенициллинового ряда
- B. Антибиотики только после получения ответа бак.исследования
- C. Канамицин до получения ответа бак. Исследования
- D. Среднесуточные дозы цефалоспоринов, начиная с ранних сроков беременности

42. Лечение пароксизмальной тахикардии у беременных

- A. Не следует проводить без экстренной регистрации ЭКГ
- B. Следует сразу назначать кордарон 6мл в/в
- C. Лечебная тактика не зависит от происхождения
- D. Особого внимания и лечения требует наджелудочковая тахикардия

43. Основной принцип ведения беременных с протезами сердечных клапанов:

- A. При наличии механического протеза следует заменить гепарином антикоагулянты непрямого действия
- B. Продолжать прием антикоагулянтов непрямого действия до- и после родов
- C. Беременность должна быть прервана раннем сроке
- D. Не назначать антибиотиков, т.к. возможность развития эндокардита практически отсутствует

44. Показания к операции кесарево сечение у беременных с заболеваниями сердца:

- A. Только акушерские показания
- B. Порок сердца
- C. Состояние после операции на сердце
- D. Компенсация кровообращения для профилактики декомпенсации

45. Кормление грудью родильниц с сердечно-сосудистыми заболеваниями

А. Не отягощает состояние при отсутствии недостаточности кровообращения

В. Противопоказано

С. Противопоказано только в случае приема матерью антикоагулянтов

Д. Показано, независимо от состояния матери и плода

46. Прерывание беременности по медицинским показаниям у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями

А. Требуется предварительной подготовки и тщательного обезболивания

В. Следует производить, как можно раньше для избежание осложнений

С. В ранних сроках беременности не следует производить назначением мефипристона

Д. В поздних сроках беременности методом выбора является интратераамниальное введение гипертонических растворов

47. Беременность при гипертонической болезни

А. Противопоказана при злокачественной форме и III стадии

В. Противопоказана при любой форме

С. Должна быть прервана только при присоединении симптомов пре-эклампсии

Д. Должна проводиться в специализированном стационаре до срока родов

48. Ведение беременных, страдающих артериальной гипертензией:

А. Госпитализация в ранние сроки

В. Госпитализация при присоединении симптомов пре-эклампсии

С. Лечение антигипертензивными препаратами следует проводить при А/Д диастолическом более 80 мм рт / ст

Д. Лечение анти гипертензивными препаратами следует сочетать с назначением диуретиков

49. Лечение варикозного расширения вен при беременности

А. Исключительно консервативное

В. Показано хирургическое лечение при развитии осложнений

С. Показано хирургическое лечение при отсутствии эффекта от консервативного лечения

Д. Хирургическим путем более эффективно при беременности, чем вне ее

50. Физиологической беременности свойственны выраженные функциональные изменения:

А. Мочевыводящих путей

В. Почек

С. Мочевого пузыря

Д. Мочеточников

51. При беременности физиологическая дилатация и гипокинезия мочевыводящих путей достигает максимума

А. В 18-20 недель

В. В 28-30 недель

С. В 36-38 недель

Д. В 38-40 недель

52. Какие функциональные изменения при беременности могут вызвать гидронефроз?

А. Нарушение моторной деятельности мускулатуры чашечек, лоханок и мочеточников

В. Сдавление органов мочевыводящей системы беременной маткой

С. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Д. Гормональные изменения

53. Для подтверждения диагноза хронического пиелонефрита у беременных необходимо осуществить
- А. Все вышеперечисленное
  - В. Посев мочи
  - С. Анализ мочи
  - Д. Внутривенную урографию
54. Для беременных, больных хроническим пиелонефритом, полезно
- А. Чередование курсов уро септиков
  - В. Ограничение поваренной соли
  - С. Ограничение жидкости
  - Д. Ограничение белка
55. При остром цистите основным направлением лечения является
- А. Прием препаратов нитро фуранового ряда
  - В. Постельный режим
  - С. Тепло на низ живота
  - Д. Свечи с белладонной
55. Антибиотики следует назначать для профилактики инфекций в дальнейшем до окончания беременности и 2 недели в послеродовом периоде после эпизода
- А. Острого пиелонефрита
  - В. Острого цистита
  - С. Хронического пиелонефрита
  - Д. Проявления любой инфекции мочевыводящих путей
56. При лечении острого пиелонефрита у беременных
- А. Клинический результат обычно виден между 48 и 72 часами от начала лечения
  - В. Шок встречается редко и должен рассматриваться, как проявление другой угрожающей жизни инфекции



C. Лечение антибиотиками не следует начинать до получения результатов бак. исследования

D. Курс лечения антибиотиками составляет 7 дней

57. Для профилактики рецидивирующих инфекций мочевыделительной системы у молодых женщин следует

A. Назначать профилактически разовую дозу антибиотиков после полового акта, если инфекция ассоциирует с половой жизнью

B. Осенью и весной назначать уроантисептики и обильное тепло

C. Рекомендовать использование презервативов при половом акте

D. Рекомендовать курсы приема витамина C

58. Бактериурия при беременности

A. В большинстве случаев приводит к распространению инфекции и развитию острых заболеваний

B. В большинстве случаев никак не проявляется

C. Не ассоциирует с преждевременными родами и рождением маловесных детей

D. Не требует назначения антибиотиков

59. Продолжительность антимикробной терапии при остром пиелонефрите у беременных

A. 14 дней, затем профилактически до завершения беременности и первые 2 недели после родов

B. 7-10 дней

C. 72 часа после нормализации температуры и общего состояния

D. До улучшения состояния и нормализации температуры

60. Для чего проводится трехстаканная проба мочи?

A. Дифференциальная диагностика локализации воспалительного процесса

B. Диагностика острого цистита

C. Диагностика бессимптомной бактериурии

D. Диагностика острого пиелонефрита

61. Каким антибиотикам следует отдавать предпочтение при лечении гестационного пиелонефрита?
- А. Аминогликозиды в сочетании с бетта-лактам
  - В. Природные и полусинтетические пенициллины
  - С. Цефалоспорины
  - Д. Метронидазол
62. Критерии излеченности гестационного пиелонефрита
- А. Исчезновение клинических симптомов и патологических изменений в анализах мочи при трехкратном исследовании
  - В. Исчезновение клинических симптомов
  - С. Отсутствие роста патогенной микрофлоры при бак. исследовании мочи
  - Д. Нормальная картина при исследовании мочи по Нечипоренко
63. Какой уровень гемоглобина соответствует тяжелой анемии?
- А. 70г/л
  - В. 60 г/л
  - С. 80 г/л
  - Д. 90 г/л
64. Прогноз при гломерулонефрите у беременных
- А. При определенных формах заболевания можно считать благоприятным
  - В. Благоприятный при отсутствии пре-эклампсии и эклампсии
  - С. Всегда неблагоприятный
  - Д. Всегда благоприятный
65. Единственная почка
- А. Не является противопоказанием к беременности
  - В. Является противопоказанием к беременности
  - С. Не требует назначения уросептиков при беременности, если нет обострения воспалительного процесса
  - Д. При необходимости назначения антибиотиков не учитывается функциональная способность почки

66. Гестационный сахарный диабет это
- А. Нарушение углеводного обмена, впервые возникшее при беременности
  - В. Группа обменных заболеваний, характеризующихся развитием стойкой гипергликемии
  - С. Заболевания, характеризующееся гипергликемией вследствие дефекта секреции инсулина
  - Д. Заболевание, связанное с дефектом действия инсулина
67. Определение уровня глюкозы у беременных натощак
- А. Необходимо проводить у всех при первичном обращении и в сроке 24-28 недель
  - В. Не обязательно, если пациентка не относится к группе риска на развитие сахарного диабета
  - С. Необходимо при диагностике крупного плода
  - Д. Необходимо проводить всем перед родами
68. Тактика ведения беременности у женщин с сахарным диабетом
- А. Достижение полной компенсации до беременности и на всем ее протяжении
  - В. Госпитализация в эндокринологический диспансер для уточнения диагноза
  - С. Нормализация инсулинового и липидного обмена исключительно за счет рационального питания
  - Д. При всех типах сахарного диабета – лечение инсулином
69. Для оценки эффективности лечения сахарного диабета при беременности следует
- А. Ежедневно в домашних условиях определять уровень глюкозы натощак и через 1 час после каждого приема пищи
  - В. Еженедельно определять уровень глюкозы натощак в условиях эндокринологического диспансера

С. Определять уровень глюкозы до 12 недель, в 28-32 недели и накануне родов

Д. Определять уровень глюкозы при появлении субъективных симптомов

70. Особенности течения сахарного диабета при беременности

А. Течение волнообразное, ухудшение наблюдается после 15 недели, начиная с 32 недель возможно улучшение

В. Не наблюдаются

С. Имеется постоянное и постепенное ухудшение заболевания

Д. Течение волнообразное, ухудшение наблюдается в первом триместре, затем до срока родов возможно улучшение

71. Ошибки при ведении беременных с сахарным диабетом

А. Назначение пероральных сахароснижающих препаратов

В. Расширение показаний к назначению инсулина

С. Назначение инсулина по уровню глюкозы крови

Д. Необходимость родоразрешения от 37 недель беременности

72. Железодифицитная анемия при беременности не обусловлена

А. Язвенной болезнью 12-перстной кишки

В. Повышенной утилизацией железа

С. Увеличением ОЦК

Д. Повышенной потребностью в железе

73. Прием каких продуктов следует ограничить при беременности с целью профилактики анемии?

А. Чай, кофе

В. Мясо, рыба

С. Зелень, фрукты

Д. Яйца, соки

## КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ

### Клиническая ситуация № 1

Беременная А., 35 лет поступила в родильный дом с начавшейся родовой деятельностью при сроке 36 недель с жалобами на головную боль и головокружение, появившиеся 2 дня назад.

*Из анамнеза.* Два года назад при осмотре обнаружено повышение артериального давления. После проведенного лечения за мед. помощью не обращалась. Настоящая беременность 3-я. Состоит на учете в женской консультации с 12-недельного срока, АД постоянно равно 140/90 мм рт ст, белок в моче не обнаружен, отеков нет. От предложенной госпитализации отказалась, рекомендованное лечение значительно улучшало общее самочувствие.

*Объективно.* Жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, отеков нет, АД 150/90 мм рт. ст. на левой и 155/90 мм рт. ст. на правой руке. Частота пульса 80 уд/мин. Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент 2-го тона над аортой.

Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лобком 33 см. Положение плода продольное, предлежащая часть головка над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 128 уд/мин. Размеры таза: 26-29-31-21 см.

*Данные влагалищного исследования.* Шейка матки укорочена, раскрытие маточного зева на 2 см, плодный пузырь цел, предлежащая часть головка над входом в малый таз.

Анализ мочи: относительная плотность – 1012, белка нет.

Остаточный азот крови – 21,4 ммоль/л.

Исследование глазного дна – соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности и в родах
4. Лечение и план ведения.

Клиническая ситуация №2

Беременная 29 лет, живет в сельской местности. При беременности сроком 30 недель явилась на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и была направлена в отделение патологии беременных с жалобами на слабость, жажду, чувство ненасытного голода, повышенное употребление жидкости –

до 5-6 литров в сутки, кожный зуд, обильное мочеотделение.

Женщина желает сохранить беременность, но опасается, так как в прошлом году при таких же явлениях у нее на 7-м месяце беременности произошли преждевременные роды мертвого плода массой 2600 г.

Настоящая беременность вторая, в женской консультации не наблюдалась.

*Объективно.* Окружность живота – 96 см, высота стояния дна матки – 29 см. Положение плода продольное, предлежащая головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 138 уд/мин.

Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень глюкозы в крови – 10,2 ммоль/л, в моче – 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз?
3. Какие осложнения бывают во время беременности при данной патологии?
4. Ведение беременности при данной патологии.

Клиническая ситуация №3

Беременная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в наблюдательное отделение с беременностью сроком 24-25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела – 38,5, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Беременность первая. Начиная с 16-й недели, периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

Анализ мочи - все поле зрения покрыто лейкоцитами. АД - 130/90 мм рт ст, пульс - 106 уд/мин, ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки.

При пальпации матка в повышенном тоне.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования и лечения больной?
3. Какие осложнения могут быть у больной во время беременности и родов?

#### Клиническая ситуация №4

Беременная 23 лет, поступила в отделение патологии с беременностью сроком 34 недели и жалобами на общую слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами, ломкость ногтей и волос. Такие ощущения стала отмечать после 24 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом.

*Объективно.* Кожа и слизистые бледной окраски. Пульс 84 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. АД – 110/70 мм рт ст. Со стороны сердца выявлен слабый систолический шум над верхушкой. В легких везикулярное дыхание.

*Данные акушерского обследования.* Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит головка. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд/мин.

Размеры таза: 25-27-30-20 см.

Анализ крови: гемоглобин – 88 г/л, цветовой показатель – 0,8, СОЭ-36 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз?
3. План обследования и лечения беременной.

Клиническая ситуация №5

В родовом отделении находится пациентка 24 лет. Беременность третья, срок по менструации 33 недели. В анамнезе преждевременные роды в 34 недели, отмечалось высокое АД. В детстве перенесла скарлатину, корь, часто болеет ангиной. На учете у терапевта не состоит.

При данной беременности с 21-23 недель появились отеки голеней, белок в моче, повышение АД.

Объективно: рост 164 см, вес 61 кг. Кожа бледная, пастозность лица, небольшие отеки ног. Пульс 86 ударов в 1 минуту. АД 150/90, 160/100 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 29-30 неделям беременности. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, 130 ударов в 1 минуту.

Общий анализ мочи: белок 2,65 г/л; микроскопия осадка мочи: лейкоциты 6-8 в поле зрения, эритроциты до 10 в поле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 2600, эритроциты – 25100, гиалиновые цилиндры.

Анализ мочи по Зимницкому: суточный диурез 1100 мл, дневной 420 мл, ночной 680 мл. Колебания удельного веса 1007-1012.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика?



## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К КЛИНИЧЕСКИМ СИТУАЦИЯМ

### *Клиническая ситуация № 1*

1. Диагноз: Беременность 36 недель. Артериальная гипертензия, существовавшая до беременности.
2. Повышение АД, зафиксированное до беременности. Характерные данные аускультации, цифры АД, изменения на глазном дне
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, невынашивание беременности, преэклампсия.
4. Симптоматическая терапия, назначенная терапевтом. Лечение должно быть систематическим. Родоразрешение, при отсутствии акушерских показаний, предпочтительно через естественные родовые пути.

### *Клиническая ситуация №2*

1. Диагноз: Беременность 30 недель. ОАА. Сахарный диабет
2. Жажда, мочеизнурение, слабость, голод. Глюкозурия и гипергликемия.
3. Фетопатия, многоводие, ПОНРП, преэклампсия
4. Консультация эндокринолога. Коррекция уровня глюкозы в крови - инсулин короткого действия и средней длительности. Контроль крови и мочи на уровень глюкозы.

### *Клиническая ситуация №3*

1. Беременность 24-25 недель. Гестационный пиелонефрит.
2. Консультация уролога (нефролога). Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Спазмолитическая, инфузионная, позиционная терапия. По показанием - стентирование мочеточников.
3. Невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода, генерализация процесса, септическое поражение почек.

### *Клиническая ситуация №4*

1. Беременность 34 недели. Железодефицитная анемия 2

степени (средней степени тяжести).

2. Жалобы на слабость, недомогание, головокружение, ломкость ногтей, выпадение волос, бледные кожные покровы, тахикардия при пониженном АД. Систолический шум. Гемоглобин 88 г/л. Цветовой показатель – 0,8

3. Сывороточное железо, трансферрин. Железосодержащие препараты и диета, богатая белками и железом.

### *Клиническая ситуация №5*

1. Диагноз: Беременность 33 недели. Хронический гломерулонефрит, смешанная форма. Хроническая почечная недостаточность 2 ст.

2. Консультация нефролога. Показано досрочное родоразрешение путем операции кесарево сечение в интересах женщины. Далее - коррекция состояния, назначение лечения.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Адамян Л. В. и др. Беременность и COVID-19: актуальные вопросы (обзор литературы) // *Problemy Reproduktsii*. – 2021. – Т. 27. – №. 3.
2. АДАМЯН Л. В. и др. Вакцинация против COVID-19 при беременности безопасна и эффективна (обзор литературы) // *Problemy Reproduktsii*. – 2021. – Т. 27. – №. 5.
3. Бабаджанова Ш.Д. и др. Сборник клинических протоколов по акушерству // Ташкент: Vaktria press, 2019. -328 с.
4. БЕЖЕНАРЬ В.Ф. и др. Случай стремительного течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременной // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – №. 1. – С. 186-193.
5. Беспалова Н. В. и др. ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ, ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ВЛИЯНИЕ НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА // *Вестник науки*. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (35). – С. 196-205.
6. Белокриницкая Т.Е. и др. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – №. 2. – С. 48-54.
7. БЕЛОКРИНИЦКАЯ Т.Е. и др. Материнская смертность и near miss при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Problemy Reproduktsii*. – 2021. – Т. 27. – №. 5.
8. Варданян Э.В., Африкьян О.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ // 73-я Итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета. – 2019. – С. 46-48.
9. Гайбиева Ш.А. Covid-19 и беременность, Влияние Covid-19 на беременность // *Central Asian journal of medical and natural sciences*. – 2021. – Т. 2. – №. 6. – С. 171-176.

10. Гончарук Н. П., Гурженко Е. Ю. АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПОКАЗАНИЮ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ //Восточно-европейский научный журнал – 2018. – №. 7-1 (35). – С. 17-21.
11. Гурбанова Д.Ф.К., Гаджиева Ф.Р.К. ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД //European science. – 2021. – №. 3 (59). – С. 45-48.
12. Дубровина Е. А., Больгер А. А. БЕРЕМЕННОСТЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ //Аллея науки. – 2020. – Т. 1. – №. 4. – С. 66-70.
13. ДУЛАЕВА Е. В., ЕФИМКОВА Е. Б., НОВИКОВА С.В. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 и беременность //Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2021. – Т. 21. – №. 6.
14. Елгина С.И. и др. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.
15. Журметова Л.М. и др. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19 //Вестник науки. – 2021. – Т. 2. – №. 9 (42). – С. 38-43.
16. Исмаилова Ф.К., Петров Ю.А. Современные подходы к ведению беременности у женщин с ожирением //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – №. 12. – С. 101-104.
17. Климов В. А. Кардиальная патология и беременность //Главврач. – 2018. – №. 10. – С. 44-66.
18. Клычева О.И., Хурасева А.Б. Влияние экстрагенитальной патологии матери на перинатальные исходы //Журнал: Евразийский Союз. Курск. ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. – 2019. – №. 68. – С. 26-28.
19. Майсеенко Д. А., Менцик М.М., Ткачева Н.В. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ, В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2019. – С. 108-111.

20. Макарова Е.Л., Терехина Н.А. Показатели обмена железа в сыворотке крови беременных при экстрагенитальной патологии //Уральский медицинский журнал. – 2020. – №. 5. – С. 146-151.
21. Нагичева Е.В., Курбанисмаилов Р.Б. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ //Лучшая студенческая статья 2019. – 2019. – С. 165-167.
22. Нажмутдинова Д.К. Передовые практики в акушерстве и гинекологии// Ташкент: Vaktria press, 2017. -504 с.
23. Орлова В.С. и др. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 584-587.
24. Парманкулова С. и др. ВЛИЯНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ //Вестник науки. – 2021. – Т. 2. – №. 6-1 (39). – С. 209-214.
25. Прохоров Д. Ф. Общие принципы диагностики и лечения экстрагенитальной патологии во время беременности //Главврач. – 2018. – №. 8. – С. 28-40.
26. Радзинский В.Е. и др. Предиктивное акушерство//М.:Редакция журнала Status Praesens, 2021. -520 с.
27. Силаева А.В. и др. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСКА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ //European Scientific Conference. – 2020. – С. 181-185.
28. Соколова А.А., Куприянова И. Н. Проблема изучения экстрагенитальной патологии беременных женщин в медицинском вузе //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий. – Федеральное

государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021.

29. Тесакова М.Л. Особенности экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами. – 2021.

30. Тихоновец В.В. и др. Тактика врачебных назначений лекарственных средств при экстрагенитальной патологии у беременных женщин: результаты фармакоэпидемиологического исследования в республике БЕЛАРУСЬ //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №. 3. – С. 49-54.

31. Фролова Е. Р. Частота ожирения среди беременных //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – Т. 12. – №. 5. – С. 48-50.

32. Хованская Т. Н., Гончарова З. Ф. Исходы беременности и родов у женщин с экстрагенитальной патологией //Национальные проекты-приоритет развития здравоохранения регионов. – 2019. – С. 20-22.

33. Юрасова Е. А. и др. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ //Новые технологии в акушерстве и гинекологии. – 2019. – С. 84-93.

34. Blakeway H. et al. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2022. – Т. 226. – №. 2. – С. 236. e1-236. e14.

35. Brillo E. et al. COVID-19 vaccination in pregnancy and postpartum //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2021. – С. 1-20.

36. D'Souza R. et al. Pregnancy and COVID-19: pharmacologic considerations //Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2021. – Т. 57. – №. 2. – С. 195-203.

37. DEINICHENKO O. et al. DETERMINATION OF RISK FACTORS FOR FETAL GROWTH RETARDATION IN PREGNANT

WOMEN WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY //Innovat International Journal of Medical & Pharmaceutical Sciences. – 2021. – Т. 6. – №. 6.

38. Magnus M.C. et al. Covid-19 Vaccination during pregnancy and first-trimester miscarriage //New England Journal of Medicine. – 2021. – Т. 385. – №. 21. – С. 2008-2010.

39. Moore K.M., Suthar M.S. Comprehensive analysis of COVID-19 during pregnancy //Biochemical and Biophysical Research Communications. – 2021. – Т. 538. – С. 180-186.

40. Rasmussen S.A. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccines and pregnancy: what obstetricians need to know //Obstetrics and gynecology. – 2021. – Т. 137. – №. 3. – С. 408.

41. Wastnedge E.A.N. et al. Pregnancy and COVID-19 //Physiological reviews. – 2021. – Т. 101. – №. 1. – С. 303-318.

42. Wei S. Q. et al. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis //Cmaj. – 2021. – Т. 193. – №. 16. – С. E540-E548.

43. Zauche L.H. et al. Receipt of mRNA Covid-19 vaccines and risk of spontaneous abortion //New England Journal of Medicine. – 2021. – Т. 385. – №. 16. – С. 1533-1535.

**Агабабян Лариса Рубеновна  
Насирова Зебинисо Азизовна**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И  
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ  
ПАТОЛОГИЯ**

*Учебное пособие*

*Номер удостоверения: 233-1211*



*Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА  
Корректор — Олим РАХИМОВ  
Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ  
Вёрстка — Зарина НУСРАТУЛЛАЕВА  
Дизайнер — Даврон НУРУЛЛАЕВ*

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEHROJ BARAKA”  
Номер сертификата — 704756. 140100. г. Самарканд,  
ул. Мирзо Улугбек, 3.**

**Подписано в печать 25.05.2022 Протокол 10**

**Формат 60x84<sup>1/16</sup>. Гарнитура “Times New Roman”. усл. печ. л. 6,05**

**Тираж: 200 экз. Заказ № 63/2022**

**Тел/фах: +998 93 199-82-72. e-mail: [sarvarmehrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmehrojbaraka@gmail.com)**

