

В.И. Бодяжина

**Акушерская
помощь
в женской
консультации**

Библиотека практического врача

Актуальные вопросы
акушерства
и гинекологии

Медицина
1983

Библиотека практического врача

Актуальные вопросы
акушерства
и гинекологии

В. И. Бодяжина

**Акушерская
помощь
в женской консультации**



Москва «Медицина» 1983

В настоящее время учреждения и органы здравоохранения успешно выполняют решения XXVI съезда КПСС и Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» (1977).

В числе важнейших указаний, определяющих дальнейшее развитие здравоохранения и медицинской науки, подчеркнута необходимость повышения качества лечебно-профилактической помощи, в том числе в наиболее приближенной к населению сети амбулаторно-поликлинических учреждений. К их числу относятся женские консультации, от деятельности которых зависят успехи профилактики акушерской патологии, ранней диагностики и лечения осложнений беременности. Лечебно-профилактическая работа женских консультаций содействует снижению числа осложнений в родах, перинатальной патологии и послеродовой заболеваемости. От качества акушерской помощи в значительной мере зависит уровень гинекологической заболеваемости.

В периодической печати, монографиях и руководствах освещены все фундаментальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии. В настоящей книге сделана попытка осветить объем, принципы и методы акушерской помощи в женских консультациях на основе достижений современной науки и здравоохранения.

Важнейшее значение профилактики и ранней диагностики осложнений беременности послужило основанием для изложения современных методов исследования беременной и плода с указанием критериев, позволяющих своевременно определить начинающуюся патологию или риск ее возникновения. С позиций профилактики акушерской патологии изложены вопросы гигиены беременной, а также условия, определяющие риск возникновения осложнений беременности и родов.

Основы лечебно-профилактической помощи при риске возникновения акушерской патологии изложены с учетом функций женской консультации и широкой возможности госпитализации женщин с осложнениями беременности и экстрагенитальными заболеваниями. В книге освещены вопросы медикаментозной и немедикаментозной терапии в период беременности с учетом особенностей действия фармакологических препаратов на мать и плод. В главе, посвященной послеродовому периоду, содержатся рекомендации по гигиене родильниц, основам диспансеризации и восстановительного лечения последствий акушерской патологии.

Рекомендуемые методы ведения беременных и родильниц основаны на результатах научных исследований и согласованы с методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР, опубликованными в последние годы.

В связи с ограниченным объемом книги в ней нет раздела, посвященного организации акушерско-гинекологической помощи. Этот пробел с успехом восполняется при ознакомлении с трудами по данному вопросу (И. В. Ильин, Ю. М. Блошанский, В. В. Кочемасова, Я. П. Сольский и Г. К. Степанковская, О. Г. Фролова и Г. С. Мучиев и др.).

Автор сознает актуальность проблем, затронутых в книге и большую ответственность за качество их изложения. Если книга принесет пользу врачам женских консультаций в их многогранной и благородной работе, то это будет высшей наградой за труд, вложенный в ее создание.

Во время беременности в организме женщины происходят многочисленные и сложные физиологические изменения, которые определяют гомеостаз и нормальное течение всех функций организма. Эти физиологические изменения способствуют правильному функционированию фетоплацентарной системы, развитию плода, подготовке организма женщины к родам и лактации.

Возникновение и развитие изменений, связанных с беременностью, регулируется нервной системой и деятельностью желез внутренней секреции.

С самого начала беременности плодное яйцо воздействует на рецепторный аппарат матки. Возникающие раздражения передаются по нервным путям в центральную нервную систему. В соответствии с импульсацией, исходящей от нервных окончаний беременной матки, в центральной нервной системе возникает процесс объединения деятельности многих нервных центров, направляющий целостную деятельность организма на успешное развитие беременности. Это сложное функциональное объединение нервных центров и эффекторов приобретает характер доминанты (гестационная доминанта). Гестационная доминанта обеспечивает возникновение и развитие физиологических изменений в разных системах организма, направленных на выполнение важнейшей в данный момент функции — вынашивание беременности [Яковлев И. И., 1955; Аршавский И. А., 1960, и др.].

Афферентная импульсация, поступающая в центральную нервную систему от многих органов, подкрепляет и усиливает очаг гестационной доминанты (в основном она захватывает лимбическую систему), который сопряженно тормозит реакции организма на постороннюю импульсацию [Лебедева Л. И., Орлов Р. С., 1969]. В связи с этим во время беременности повышается порог чувствительности на действие раздражителей (включая патогенные),

что является биологической реакцией, способствующей сохранению беременности [Аршавский И. А., 1960].

Формирование гестационной доминанты происходит на фоне гормональных изменений (гормоны желтого тела и плаценты) и в теснейшей связи с деятельностью эндокринной системы. В развитии изменений в нервной системе беременной участвует и плод, жизнедеятельность которого определяет систему рефлекторных взаимоотношений с материнским организмом. Плод участвует также в синтезе гормонов фетоплацентарной системы, имеющем значение для функционального состояния доминанты беременности.

Процессы, происходящие в нервной системе, способствуют возникновению физиологических, приспособительных изменений в сердечно-сосудистой, кроветворной, выделительной, пищеварительной и других системах.

Существенные изменения происходят в эндокринной системе с момента оплодотворения и имплантации и до конца беременности. Эндокринная система претерпевает значительные физиологические изменения, определяющие нормальное развитие беременности. Многие осложнения беременности происходят на фоне нарушения функций желез внутренней секреции. В практической деятельности врача женской консультации нередко возникает необходимость определения функций желез внутренней секреции (щитовидная железа, надпочечники и др.), особенно гормонов плаценты.

Присущие беременности физиологические изменения обуславливаются в основном выделением плацентой хориального гонадотропина (ХГ), хориального соматоматомотропина (ХСМТ), эстрогенов и прогестерона. Первые два гормона белковой природы (протеогормоны) синтезируются в плаценте. Эстрогены и прогестерон (стероидные гормоны) образуются в плаценте и других органах. В синтезе и метаболизме эстрогенов участвует эндокринная система плода (фетоплацентарный комплекс). Имеются сведения о выделении плацентой адренкортикотропного, тиреотропного гормонов, кортизола и других гормонов, но синтез их в плаценте не доказан. Плацента вырабатывает окситоцин, вазопрессин и другие биологически активные вещества. Хориальный гонадотропин выделяется трофобластом непосредственно после имплантации. Он стимулирует синтез прогестерона в желтом теле беременности, влияет на развитие надпочечников и половых желез плода, действует на метаболизм стероидов в плаценте.

Экскреция ХГ начинается с начала 2-й недели беременности и достигает наибольшего уровня в 10—12 нед; далее происходит постепенное снижение ее. В срок беременности 5 нед ХГ с мочой выделяется около 1500—2500 МЕ/л, в 7—8 нед — 5000—15000 МЕ/л, в 10—11 нед — 80 000—100 000 МЕ/л, в 12—13 нед — 20 000 МЕ/л. В дальнейшем значительного снижения выделения ХГ не происходит.

Ниже представлены данные об экскреции ХГ при нормальной беременности [Розовский И. С., 1973].

Срок беременности, нед	Экскреция ХГ, МЕ/л	Срок беременности, нед	Экскреция ХГ, МЕ/л
5	2 500	19	10 000
6	10 000	21—22	10 000
8	20 000	23—24	10 000
9	66 000	25—26	10 000
10	8 000	27—28	14 000
11	75 000	31—32	20 000
12	28 600	33—34	10 000
13	20 000	38—40	10 000
15	15 000		
17	11 000		

Снижение синтеза и выделения ХГ связывают с действием антигонадотропного фактора.

Величина экскреции ХГ отражает функциональную активность хориона. Этот показатель может быть использован с диагностической целью. На иммунологическом определении ХГ, выделенного с мочой, основана диагностика беременности. Положительные результаты получают с 18—21-го дня беременности. Этому методу следует отдавать предпочтение по сравнению с реакцией Цондека — Ашгейма, реакцией Фридмана и пробой на лягушках. Иммунологический метод определения ХГ основан на реакции между ХГ (содержащемся в моче беременных) и антисывороткой (получается путем иммунизации кроликов ХГ). При наличии ХГ в моче реакция агглютинации эритроцитов («заряженных ХГ») в присутствии антисыворотки не происходит (положительная реакция). Если беременности нет (экскреции ХГ не наблюдается), то происходит гемагглютинация (отрицательная реакция).

Количественное определение экскреции ХГ имеет значение для диагностики угрозы прерывания беременности в ранние сроки, а также неразвивающейся беременности (missed abortion).

Снижение экскреции ХГ указывает на угрозу выкидыша, зависящую от функциональной недостаточности хориона. Однако при угрозе прерывания беременности, связанной с нарушением функции коры надпочечников, экскреция ХГ может быть нормальной (И. С. Розовский). После 16 нед беременности диагностическая ценность количественного определения ХГ снижается.

Величина экскреции ХГ имеет значение для распознавания пузырного заноса (значительное повышение) и хорионэпителиомы (продолжающаяся экскреция после родов или аборта).

ХСМТ синтезируется в синцитии ворсин плаценты, обладает лактогенным свойством (подготовка молочных желез к лактации), лютеотропной (способствует функции желтого тела беременности) и в меньшей степени соматотропной (ростовой) активностью. ХСМТ определяется с 6 нед. По мере развития беременности продукция его увеличивается. Карпан и Grumbach (1964) показали, что в конце II месяца этот гормон в крови беременных содержится в количестве 0,53 мг/мл, в конце беременности — 20 мг/мл. Экскреция его с мочой в конце беременности увеличивается в 30 раз и больше по сравнению с ранними сроками [Josimovich, 1968].

Прогестерон определяет развитие важнейших процессов, способствующих развитию беременности (секреторная трансформация эндометрия, пролиферативные процессы в молочных железах, релаксация матки и др.). В печени беременной из прогестерона образуется прегнандиол, который выводится почками.

Синтез прогестерона в плаценте возрастает с развитием беременности, соответственно этому происходит увеличение его содержания в крови и выведение с мочой.

Определение экскреции (табл. 1) прегнандиола имеет существенное значение для диагностики угрозы прерывания беременности и других нарушений, которым сопутствует плацентарная недостаточность, а также для контроля эффективности лечения.

В литературе нет единого мнения о степени снижения экскреции прегнандиола, характерной для угрозы прерывания беременности. И. С. Розовский показал, что для большинства (69,7%) женщин, страдавших привычным выкидышем на почве гипофункции яичников, характерно снижение экскреции прегнандиола. При данной патологии, связанной с нарушением функции коры надпочечни-

Таблица 1. Экскреция прегнандиола в разные сроки беременности

Срок беременности, нед	Экскреция прегнандиола, мг/сут	
	И. С. Розовский и соавт. (1966)	Клоппер и соавт. (1963)
6	5,8 ± 1,29	6,08
8	—	7,5 ± 1,16
9	8,3 ± 1,4	7,9 ± 2,5
10	—	8,4 ± 1,8
11	8,5 ± 0,98	10 ± 2,7
12	—	10,5 ± 2,2
13—14	11 ± 1,79	11,9 ± 3,0
15—16	13,2 ± 1,09	12,9 ± 3,5
17—18	15,2 ± 1,34	14,8 ± 3,1
19—20	17,4 ± 1,6	14,27 ± 4,5
21—22	19,2 ± 1,6	18,4 ± 8,7
23—24	21,9 ± 2,3	—
25—26	25,2 ± 1,3	—
27—28	26,8 ± 1,96	—
29—30	29,2 ± 3,1	—
31—32	30,4 ± 1,87	30,6 ± 9,1
33—34	33 ± 3,2	40,45
35—36	34,49 ± 1,8	43,29
38—40	36,4 ± 33	43,5 ± 12,0

ков, установлены повышение экскреции прегнандиола и 17-КС (нарушение ферментных систем, участвующих в синтезе и метаболизме стероидных гормонов). В таких случаях выкидыш может произойти на фоне повышенного содержания прогестерона. Имеются указания [Захарова В. А., 1958; Beclere, 1962, и др.] на диагностическое значение следующих степеней недостаточности прогестерона: абсолютной — снижение суточной экскреции прегнандиола до 2 мг/сут (гибель зародыша), тяжелой — до 4 мг/сут (крайне неблагоприятные условия для зародыша), умеренной — до 6,5 мг/сут. При снижении экскреции прегнандиола лечение прогестероном уменьшает, но не устраняет риск самопроизвольного выкидыша. Назначение прогестерона при нарушениях функции коры надпочечников нецелесообразно. При наличии показаний применяют преднизолон в малых дозах.

Эстрогены во время беременности образуются преимущественно в плаценте. Однако в синтезе и метаболизме эстрогенов участвуют также надпочечники и печень плода. Это послужило основанием для концепции о «фетоплацентарной системе» [Diesfalussy, Klopper, 1969]. По вели-

чине экскреции эстрогенов можно судить о функциональном состоянии плаценты и плода. Синтез и экскреция эстрогенов возрастают по мере развития беременности, особенно во второй половине ее.

Уровень эстрогенов в крови возрастает от 0,5—1 до 10—16 мг на 100 мл (от $1,8 \div 3,6$ до $36 \div 58$ ммоль) в конце беременности, причем наиболее значительно увеличивается выделение эстриола (он составляет около 90% общего количества эстрогенов). В конце беременности содержание эстрона и эстрадиола в моче увеличивается в 100 раз, а эстриола — в 500—1000 раз по сравнению с экскрецией до наступления беременности. Определение уровня экскреции эстриола имеет важное значение для диагностики нарушений в фетоплацентарной системе (табл. 2).

Т а б л и ц а 2. Экскреция эстриола в разные сроки беременности

Срок беременности, нед	Экскреция эстриола, мкг/сут	
	И. С. Розовский и соавт. (1966)	Клоррег и соавт. (1963)
6	123 ± 26	50
9	194 ± 80	150 ± 79
11—12	338 ± 81	230 ± 225
13—14	968 ± 215	580 ± 249
15—16	1300 ± 179	1150 ± 425
17—18	2200 ± 345	2400 ± 775
19—20	3450 ± 428	4350 ± 1339
21—22	4540 ± 598	6700 ± 2265
23—24	5980 ± 1100	9360 ± 2221
25—26	7250 ± 740	10570 ± 3228
27—28	7300 ± 1350	13750 ± 2100
29—30	10320 ± 1420	14670 ± 3266
31—32	11440 ± 1620	15240 ± 3604
33—34	12220 ± 1200	18120 ± 4197
35—36	16200 ± 4410	22550 ± 3040
38—40	19200 ± 6070	31330 ± 5565

Данные таблицы указывают на постепенное, значительное увеличение экскреции эстриола в период беременности (некоторое расхождение данных разных авторов может зависеть от методики определения).

Диагностическое значение величины экскреции эстриола особенно высоко во второй половине беременности. Значительное снижение выделения эстриола в последнем три-

местре беременности указывает на ухудшение состояния плода (или опасность) и функциональную недостаточность плаценты. Уменьшение экскреции в последние месяцы беременности свидетельствует о гибели плода (тяжелые токсикозы и экстрагенитальные заболевания, интоксикации, наследственные и ненаследственные аномалии развития плода и др.).

Показатели функций сердечно-сосудистой системы. Во время беременности усиливается потребление кислорода в соответствии с особенностями физиологических процессов, совершающихся в организме матери и плода. Интенсивность газообмена заметно возрастает с 22—24 нед и достигает наивысшей степени в последний месяц беременности. По данным В. Н. Демидова и С. С. Саакяна (1977), потребление кислорода и выделение углекислоты в срок 29—32 нед повышаются соответственно на 7,8 и 10,1%, в 33—36 нед — на 9,4 и 11,5%, в конце беременности — на 12,2—14,3% по сравнению с контролем.

Повышение потребности в кислороде компенсируется увеличением легочной вентиляции за счет учащения дыхания, увеличения дыхательного объема и бронхиальной проходимости.

Во время беременности возрастает нагрузка на сердце в связи с развитием дополнительного маточно-плацентарного круга кровообращения, усилением кровообращения в коже, почках, молочных железах и некоторых других органах. В соответствии с этим возникают приспособительные изменения в сердечной деятельности и гемодинамике: увеличиваются систолический и диастолический объем левого желудочка, минутный объем сердца, масса миокарда [Демидов В. Н.; Langanke, Warm, 1980], что обеспечивает усиление работы сердца.

Установлены некоторые особенности результатов электрокардиографии, эхокардиографии и других специальных методов исследования [Персианинов Л. С. и др., 1977], присущие нормальной беременности.

Частота сердечных сокращений во время беременности возрастает умеренно, в совокупности с увеличением минутного объема сердца [табл. 3 и 4].

Артериальное давление во время беременности не изменяется [Just, Martin, 1980] или имеет некоторую тенденцию к снижению. Венозное давление не изменяется (табл. 5).

При использовании внутриаrтериального метода изме-

Таблица 3. Частота пульса при беременности

Авторы, год	Небеременные	Беременные							
		до 12 нед	12—15 нед	16—19 нед	20—23 нед	24—27 нед	28—31 нед	32—35 нед	36 нед и более
Windlund Bremen, Kinderling	70,8 69	— 76	72,7 —	76 80	78,3 —	82,4 78	85 76	84,7 86	82,3 86

Таблица 4. Частота сердечных сокращений и величина минутного объема при беременности [Демидов В. Н., 1973]

Частота сердечных сокращений	Небеременные	Беременные								
		4—8 нед	9—12 нед	13—16 нед	17—20 нед	21—24 нед	25—28 нед	29—32 нед	33—36 нед	37—41 нед
В минуту Минутный объем, л	76,7 5,86	81 6,75	79,5 6,34	77,9 6,76	77,8 7,04	81,3 7,35	79,4 7,67	83,8 8,01	81,3 7,26	82,5 6,49

Таблица 5. Величина артериального давления при беременности (В. Н. Демидов, 1973)

Артериальное давление	Здоровые беременные женщины	Беременные								
		4—8 нед	9—12 нед	13—16 нед	17—20 нед	21—24 нед	25—28 нед	29—30 нед	33—36 нед	37—41 нед
Систолическое, мм рт. ст.	114,0	114,0	113,9	110,8	108,4	108,6	110,8	111,6	110,5	113,0
Диастолическое, мм рт. ст.	71,8	69,4	67,6	65,7	65,8	67,6	67,8	68,9	69,5	71,5

Примечание. В СИ 1 мм рт. ст. равен 0,133 кПа.

рения артериального давления у беременных получены следующие данные: систолическое давление $113,5 \pm 9,5$, диастолическое — $80,7 \pm 6,2$ мм рт. ст. [Демидов В. Н., 1977]. Однако во второй половине беременности (преимущественно в последние месяцы) возможно появление склонности к гипертензии, преимущественно у женщин с латентной формой артериальной гипертонии. Этому способствуют задержка натрия и воды в организме, повышение чувствительности стенок артериол к норадреналину, изменения в системе ренин — ангиотензин—альдостерон.

Вопрос о величинах артериального давления, характеризующих переход от нормального состояния к патологическому процессу, является сложным. Одни авторы считают гипертензию патологической при повышении систолического давления до 140 мм рт. ст. (18,7 кПа) и диастолического до 80—90 мм рт. ст. (10,7—12 кПа) и выше. Других клиницистовстораживают величины, начиная с 130 мм рт. ст. (17,3 кПа) систолического и 70—75 мм рт. ст. (9,33—10 кПа) диастолического давления, особенно если такой уровень артериального давления имеет тенденцию к дальнейшему повышению. Для раннего выявления гипертонии важно знать величины артериального давления до беременности и в течение ее первых месяцев. Повышение этого показателя на 15—20 мм рт. ст. (2—2,67 кПа) следует учитывать как начало патологического процесса, особенно при стабильном характере этого сдвига и сочетании его с протеинурией и отеками. Такое же значение имеет асимметрия артериального давления (разница на 15—20 мм рт. ст.), определяемая на правой и левой руке.

Артериальное давление измеряется при каждом посещении консультации. При необходимости беременную приглашают к врачу для дополнительного исследования сосудистой системы.

Исследование сердца беременной при первичном посещении консультации осуществляет акушер-гинеколог, а впоследствии — терапевт. По показаниям терапевт применяет специальные методы исследования сердечной деятельности и совместно с акушером-гинекологом определяет тактику ведения беременной.

Исследование крови в период беременности осуществляется в обязательном порядке. Изучению подлежат: морфологическая картина крови, включая СОЭ, наличие резус-фактора (и изоиммунизации у резус-отрицательных женщин). В обязательном порядке осуществля-

ется серодиагностика сифилиса (реакции Вассермана и Кана). По показаниям производится исследование крови на токсоплазмоз, листериоз и другие инфекционные заболевания.

В системе крови беременных происходят существенные изменения физиологического характера, которые следует учитывать при оценке результатов исследования. Увеличивается объем циркулирующей крови, что имеет важное значение для обеспечения маточно-плацентарного кровообращения и возрастающих потребностей плода. Увеличение массы крови начинается в 1-ю неделю и продолжается до 34—35 нед, к концу беременности отмечается незначительное снижение ее. Происходит увеличение содержания всех составных частей крови: эритроцитов, гемоглобина и особенно плазмы. Объем циркулирующей крови увеличивается более значительно (на 900—1300 мл), чем масса эритроцитов (на 350—450 мл) (табл. 6).

Таблица 6. Объем циркулирующей плазмы и эритроцитов в разные сроки беременности [Персианинов Л. С., Демидов В. Н., 1977]

Объем, л	Здоровые небеременные женщины	Беременные									
		4—8 нед	9—12 нед	13—16 нед	17—20 нед	21—24 нед	25—28 нед	29—32 нед	33—36 нед	37—41 нед	
Циркулирующая плазма	2,49	2,40	2,62	2,88	3,00	3,14	3,32	3,65	3,2	3,45	
Циркулирующие эритроциты	1,77	1,56	1,63	1,64	1,69	1,77	1,83	1,97	1,96	1,96	

По данным Е. М. Вихляевой, объем циркулирующей плазмы увеличивается на 40—48%, масса эритроцитов — на 31—40% по сравнению с аналогичными показателями у небеременных женщин.

Более значительному увеличению объема плазмы сопутствует изменение показателей гематокрита. У небеременных женщин он составляет в среднем примерно 41,5%. У беременных происходит постепенное уменьшение гематокрита, достигающее наибольшей степени (35—37%) в срок 29—32 нед. В дальнейшем показатель гематокрита несколько возрастает.

В связи с преимущественным увеличением объема плазмы происходит некоторое «разжижение» крови — «физиологическая анемия», характеризующаяся незначительным снижением числа эритроцитов в единице крови, взятой для исследования ($4\,000\,000$ в 1 мм^3 , или $4 \cdot 10^{12}/\text{л}$ и несколько ниже к 30 нед беременности, затем увеличение их числа) (табл. 7). Однако содержание гемоглобина и эритроцитов меняется мало, активность ферментов в эритроцитах не меняется, диссоциация оксигемоглобина возрастает, что обеспечивает доставку плоду потребного количества кислорода.

О наступлении истинной анемии судят на основании снижения не только числа эритроцитов, но и гемоглобина. Пограничной величиной гемоглобина считают $12\text{—}11\text{ г}\%$ ($120\text{—}110\text{ г/л}$). Дальнейшее снижение гемоглобина свидетельствует об истинной анемии. Анемию расценивают как легкую при снижении содержания гемоглобина в пределах $11\text{—}10\text{ г}\%$ ($110\text{—}100\text{ г/л}$), средней тяжести — $9\text{—}8\text{ г}\%$ ($90\text{—}80\text{ г/л}$), тяжелой — ниже $8\text{ г}\%$ (80 г/л). Легкая анемия может быть компенсирована за счет усиления кровообращения, другие формы требуют систематического лечения. Правильна тактика применения препаратов железа и при легкой степени анемии.

Анемия во время беременности наступает нередко в связи с возрастающими затратами железа (реже с недостаточным усвоением его) для обеспечения повышенного эритропоза (400 мг), потребностей плода и плаценты ($200\text{—}300\text{ мг}$) и других систем организма. Эта потребность должна быть покрыта за счет питания (5 мг железа на 1000 кал): во второй половине беременности ежедневно $3\text{—}7\text{ мг}$. Важное значение в гемопоэзе имеют также медь, витамины B_{12} , B_6 , B_1 и фолиевая кислота, что необходимо учитывать при рекомендации принципов питания.

При оценке картины крови беременных следует учитывать физиологическое увеличение числа лейкоцитов (примерно на 2000 в 1 мм^3 , или $2 \cdot 10^9/\text{л}$, т. е. выше чем у небеременных), преимущественно за счет сегментированных нейтрофилов. Отмечаются индивидуальные колебания числа лейкоцитов ($6000\text{—}11\,000$ в 1 мм^3 , или $6\text{—}11 \cdot 10^9/\text{л}$ и выше) при отсутствии изменений лейкоцитарной формулы или небольшим сдвиге влево. Немного увеличивается числа моноцитов, снижается процент эозинофилов.

Фагоцитарная активность лейкоцитов повышается. Число тромбоцитов во время беременности существенно не изменяется.

Т а б л и ц а 7. Гематологические показатели при нормальной беременности [Хакимова С. Х. и др., 1978]

Показатель	Небеременные женщины	Беременные						
		13-16 нед	17-20 нед	21-24 нед	25-28 нед	29-32 нед	33-36 нед	37-40 нед
Общий гемоглобин, г%	13,3 ± 0,1	12,9 ± 0,2	12,9 ± 0,2	12,3 ± 0,1	12,5 ± 0,1	12,4 ± 0,1	12,4 ± 0,2	12,4 ± 0,2
Эритроциты, 10^6 в 1 мм^3	4,21 ± 0,05	3,97 ± 0,05	3,97 ± 0,05	3,79 ± 0,04	3,89 ± 0,04	3,92 ± 0,05	3,95 ± 0,04	4,02 ± 0,01
Ретикулоциты, ‰	0,7 ± 0,09	1,4 ± 0,07	1,4 ± 0,07	1,3 ± 0,1	1,5 ± 0,09	1,2 ± 0,06	1,3 ± 0,09	1,1 ± 0,13
Гематокрит, %	40 ± 0,75	38 ± 0,70	38 ± 0,5	37 ± 0,5	37 ± 0,4	37 ± 0,3	37 ± 0,3	38 ± 0,5
Цветовой показатель, %	0,94 ± 0,008	0,91 ± 0,02	0,95 ± 0,09	0,96 ± 0,006	0,94 ± 0,005	0,95 ± 0,006	0,95 ± 0,008	0,94 ± 0,008

Примечание. ВСИ 1 г% гемоглобина соответствует 10 г/л , 10^6 эритроцитов в 1 мм^3 — $10^{12}/\text{л}$.

СОЭ умеренно возрастает, что может зависеть от изменения соотношения белковых фракций крови и относительного увеличения содержания глобулина.

По данным М. М. Шехтмана (1980), в первой трети беременности СОЭ в среднем составляет 15 мм/ч (от 10 до 15 мм), во второй — 25 мм/ч (от 15 до 35 мм/ч), в третьей — 40 мм/ч (от 25 до 50 мм/ч).

Сдвиги в морфологической картине крови в определенной мере связаны с изменениями в эндокринной системе, возникающими во время беременности.

Содержание электролитов в крови при нормальной беременности не подвергается выраженным изменениям. Незначительно снижается концентрация натрия, кальция, магния, немного возрастает содержание калия, но эти колебания происходят в пределах нормы. Отмечаются снижение содержания бикарбоната и связанное с этим уменьшение P_{CO_2} (компенсированный дыхательный алкалоз).

Уменьшается концентрация общего белка, преимущественно в середине беременности. У небеременных концентрация общего белка сыворотки крови составляет в среднем 70,5—71 г/л; в 17—20 нед — 60—66 г/л, в конце беременности 62—68 г/л. Снижение происходит за счет альбуминов, содержание которых, начиная с первых месяцев беременности, снижается с 45,3 до 35,2 г/л [Stundenitz,]. Возможными причинами уменьшения концентрации альбуминов являются гемодилюция и экстрavasация, чему способствует повышение проницаемости сосудов. Одновременно происходит относительное увеличение содержания почти всех фракций глобулинов [α_1 -, α_2 -, β -, β_1 -глобулин, фибриноген]. Данные о содержании γ -глобулинов разноречивы.

При оценке результатов исследования крови беременных можно пользоваться данными С. Х. Хакимовой (с. 16).

Свертывающая система крови. Во время беременности происходят изменения свертываемости крови, имеющие защитно-приспособительное значение. Большинство исследователей указывают на увеличение потенциала свертывания крови, особенно в последние месяцы беременности.

Заметные изменения отмечены в плазменном звене системы гемостаза. Начиная со II триместра беременности увеличивается содержание фибриногена, протромбина, факторов V, VII, VIII и X. Содержание фибринстабилизирующего фактора уменьшается, особенно к концу беремен-

**Химический состав крови у беременных
[Шехтман М. М., 1980]**

Общий белок	75 (65—85) г/л
Альбумины	45 (33—57) »
Глобулины	30 (20—40) »
Альбумино-глобулиновый коэффициент	1,5 (1,3—2,5)
Натрий	141 (130—150) ммоль/л
Калий	4,5 (3,6—5,4) »
Кальций	2,5 (2,2—2,7) »
Хлориды	101 (98—106) »
Бикарбонаты	27 (24—33) »
Сахар (глюкоза)	5,5 (4,4—6,6) »
Билирубин	8,5 (3,4—13,7) мкмоль/л
Остаточный азот	2—4 г/л
Мочевина	2,65—6,84 ммоль/л
Креатинин	0,008—0,016 »
Холестерин	4,5 (3,1—7,8) »

ности. Одновременно с изменением плазменных факторов незначительно возрастает адгезивность тромбоцитов. Антикоагуляционный потенциал во время беременности снижается или не изменяется (табл. 8).

Таблица 8. Показатели системы гемостаза у здоровых беременных [Макария А. Д., 1981]

Тест	Здоровые небеременные (I)	Беременные		
		конец I триместра (II)	конец II триместра (III)	конец III триместра (IV)
Фибриноген, мг %	301,0 ± 38,0	298,3 ± 28,8 P _{I-II} > 0,05	310,8 ± 31,3 P _{I-III} > 0,05	495,3 ± 62,3 P _{I-IV} < 0,01
Протромбиновый индекс, %	85,5 ± 3,4	89,3 ± 4,5 P _{I-II} > 0,05	95,4 ± 5,3 P _{I-III} > 0,05	108,8 ± 3,3 P _{I-IV} < 0,05
Время лизиса эглобулинового сгустка, с «г + К»	215,4 ± 20,3	228,3 ± 21,4 P _{I-II} > 0,05	258,4 ± 17,5 P _{I-III} < 0,05	330,4 ± 25,9 P _{I-IV} < 0,01
тромбоэластограммы, мм «та»	24,3 ± 3,5	22,1 ± 4,1 P _{I-II} > 0,05	19,3 ± 3,8 P _{I-III} > 0,05	17,1 ± 2,1 P _{I-IV} < 0,05
тромбоэластограммы	49,1 ± 2,4	49,8 ± 2,8 P _{I-II} > 0,05	52,8 ± 3,7 P _{I-III} > 0,05	55,2 ± 2,4 P _{I-IV} < 0,05
Количество тромбоцитов в 1 мм ³	295000 ± 32000	302000 ± 4500 P _{I-II} > 0,05	288000 ± 12000 P _{I-III} > 0,05	250000 ± 14000 P _{I-IV} < 0,05
Антитромбин III, мг % —	25,2 ± 2,2	22,2 ± 3,2 P _{I-II} > 0,05	17,5 ± 1,3 P _{I-III} < 0,05	15,9 ± 1,9 P _{I-IV} < 0,01

Примечание. В СИ 10³ тромбоцитов в 1 мм³ соответствует 10⁹/л.

Причины изменений в системе свертывания крови изучаются. К ним относят изменения в содержании эстрогенов и прогестерона, влияние других факторов, образующихся в плаценте, процессы, совершающиеся в печени при беременности и др. Возникшие изменения способствуют гемостазу и предотвращению значительной кровопотери при отслойке плаценты и в раннем послеродовом периоде. Физиологическое повышение свертываемости крови предупреждает возникновение кровоизлияний у беременных с геморрагическим диатезом.

В легких и бронхах в период беременности происходят некоторые изменения, способствующие обеспечению газообмена плода, в частности доставке потребного количества кислорода. Физиологические изменения в органах дыхания обеспечивают возрастающие потребности в кислороде организма самой беременной женщины.

Во время беременности возрастает бронхиальная проходимость, что объясняют релаксирующим действием прогестерона на мышечные структуры бронхов [Малевиц Ю. К., 1978]. Абсолютная величина жизненной емкости легких не изменяется, но минутный объем возрастает по мере развития беременности, так же как поглощение кислорода.

Коэффициент использования кислорода по Преварскому: в I триместре $25,3 \pm 1,25$, во II триместре $26,5 \pm 1,5$, в III триместре $30,3 \pm 2,2$.

Вместе с возрастанием поглощения кислорода происходит усиление основного обмена в период беременности. Существенное значение для поддержания газообмена на оптимальном уровне имеет повышение проницаемости легочных мембран. Приспособительное значение этих изменений настолько значительно, что обеспечение газообмена матери и плода происходит без клинически выраженных респираторных сдвигов. Частота дыхания в период беременности не изменяется (16—18 дыханий в минуту) или несколько увеличивается в последние месяцы. Возникающие иногда признаки одышки могут быть связаны со смещением диафрагмы (крупный плод, многоводие, многоплодная беременность и др.) или сердечно-сосудистой недостаточностью. При появлении одышки и других нарушений дыхания беременные должны быть повторно обследованы терапевтом.

Мочевые пути. Исследование функции почек имеет важнейшее значение для своевременной диагностики

осложнений беременности, а также для определения риска акушерской патологии.

Морфологические изменения в почках здоровых беременных не возникают. Установлено [Шехтман М. М., 1980; Friedberg, 1980] усиление кровоснабжения почек и возрастание почечного кровотока с первых месяцев беременности, что можно рассматривать как приспособительную реакцию. К концу беременности почечный кровоток снижается. В I триместре на 30—40% усиливается клубочковая фильтрация, в последние месяцы она снижается. Канальцевая реабсорбция не изменяется. Уменьшение клубочковой фильтрации при почти неизменной канальцевой реабсорбции солей и воды может вызвать задержку жидкости в организме в последние месяцы беременности.

Во время беременности в связи с увеличением фильтрационной способности почек может происходить выделение с мочой глюкозы, лактозы, белка (аминокислот), креатинина. Глюкозурия (незначительная) наблюдается у 3—10% женщин в первой половине беременности и исчезает полностью после родов. Глюкозурию беременных не связывают с диабетом, но при появлении этого признака необходимо тщательное наблюдение.

Увеличение пропускной способности мембран гломерул обуславливает выделение аминокислот (гистидин, аргинин, глицин, альбумин и др.) в более значительном количестве, чем у небеременных.

Протеинурия, установленная общепринятыми методами исследования, наблюдается только у некоторых беременных. В концентрированной утренней моче может быть не более 0,02‰ белка, а в суточной моче беременной — не более 0,075 г. М. М. Шехтман (1980), Friedberg (1980) считают протеинурию физиологической, если количество белка в суточной моче не превышает 0,3 г. Однако тактику врача консультации следует считать правильной, если беременные, выделяющие белок, будут взяты на учет.

Почки участвуют в регуляции кислотно-щелочного баланса путем выведения и реабсорбции бикарбоната, аммиака и титруемой кислоты. При ряде осложнений беременности (тяжелые формы рвоты и поздних токсикозов беременных, пиелонефрит и др.) реакция мочи становится слабокислой или щелочной.

В моче здоровых беременных женщин могут быть единичные лейкоциты (более 5—6 в поле зрения указывает на инфекцию), эритроциты единичные выщелоченные

или отсутствуют. При необходимости выявления скрытой лейкоцитурии и эритроцитурии используют пробы Каковского—Аддиса или Нечипоренко. Методом Каковского—Аддиса установлено, что у здоровых беременных в суточном количестве мочи определяется менее $2-10^6$ эритроцитов, $3-10^6$ лейкоцитов и 10^3 цилиндров. У беременных предпочтительно проводить пробу Нечипоренко. У здоровой беременной эритроцитов выделяется не более $2 \cdot 10^3$, $4 \cdot 10^3$ лейкоцитов и цилиндров 1—3.

В моче здоровых беременных женщин микробы отсутствуют или она содержит небольшое количество непатогенных микробов. Количество микробов более 10^5 в 1 мл мочи указывает на инфицирование мочевых путей.

**Химический состав мочи у беременных
[Шехтман М. М., 1980]**

Белок	0—0,075 г/сут	
Аминокислоты	0,1—0,3	»
Общий азот	10—20 г/сут	
Мочевина	25—35	»
Мочевая кислота	1—2,5	»
Натрий	135 (100—170)	ммоль/л
Калий	45 (35—60)	»
Хлор	135 (100—170)	»

Исследование функции почек и мочевыводящих путей в период беременности включает определение суточного диуреза, особенно при наличии признаков токсикоза, подозрении на пиелонефрит и другие заболевания. Количество выделяемой мочи колеблется в зависимости от количества употребляемой жидкости и хлорида натрия, а также ряда других факторов. Здоровая беременная выделяет в сутки в среднем 1200 мл мочи, причем дневной диурез составляет 75—80% суточного. В первые месяцы беременности суточный диурез может быть выше (1300—1400 мл), в 32—33 нед — до 2250 мл, в конце беременности — 1200 мл.

Для качественного анализа используют утреннюю мочу, собранную в чистую посуду после тщательного туалета наружных половых органов. Подвергают анализу среднюю порцию мочи, что избавляет от необходимости катетеризации мочевого пузыря даже при необходимости бактериологического исследования.

Органы пищеварения беременных подлежат обследованию врача акушера-гинеколога, терапевта и стоматолога.

Мнение о предрасположении в период беременности к кариесу зубов, гингивиту, пародонтозу недостаточно обоснованно. Однако известное значение могут иметь изменение рН слюны и склонность к разрыхлению десен. Это обязывает врачей консультаций направлять к стоматологу всех беременных с признаками указанных патологических процессов. Изжогу объясняют регургитацией желудочного сока, повышенную саливацию — тем, что при наличии тошноты слюна не заглатывается. Как известно, тошнота и утренняя рвота связаны с недостаточно быстрой адаптацией гипоталамических центров к изменениям в половой системе, происходящими во время беременности.

Изменения в желудочно-кишечном тракте, присущие нормальной беременности, изучены недостаточно, поскольку применение многих методов исследования (рентгенография, радиоизотопный метод, биопсия и др.) допускается только при наличии серьезных показаний. Клинические наблюдения и лабораторные методы исследования (допустимые при беременности) показывают, что, несмотря на нередко возникающие нарушения (тошнота, изжога и др.), аппетит в первые месяцы беременности усиливается (позднее становится обычным), повышаются всасывание и использование питательных веществ. Это способствует удовлетворению возрастающих потребностей организма матери и плода в питательных веществах, в частности в энергетических и пластических ресурсах.

Результаты сравнительно немногочисленных исследований показывают, что во время беременности несколько снижается кислотность желудочного сока, а также возникает склонность к гипотонии толстого кишечника. Мнения о двигательной функции желудка и тонкого кишечника различны. Опубликованы данные о снижении сокращений желчного пузыря и скорости эвакуации желчи в кишечник, чем объясняют склонность к холестазу (особенно в тех случаях, когда до беременности отмечались нарушения деятельности гепатобилиарной системы).

В структуре печени изменений в период беременности не происходит, что доказано гистологическими и гистохимическими исследованиями. Величина печени не меняется, ее границы нормальные, в кровоснабжении заметных изменений не обнаружено. В этом центральном органе обмена веществ происходит усиление активности ряда ферментов (щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа, лейцинаминопентаза и др.) продукции фибриногена, факторов

II, VII, VIII, X, фетопротеина, церулоплазмина, трансферина и др. Активность некоторых ферментов (глутаматдегидрогеназа, гамма-глутаминтранспептидаза и др.) не изменяется, продукция гамма-глобулина, гаптоглобина, холинэстеразы умеренно снижается до срока родов.

При нормальной беременности функциональная активность печени полностью обеспечивает процессы обмена веществ.

Половые органы беременной подвергаются детальному обследованию врачом женской консультации. Регулярное обследование матки дает информацию о сроке беременности, положении и предлежании плода и др. Исследование влагалища, шейки матки (осмотр в зеркалах, кольпоскопия и др.) позволяет своевременно диагностировать патологические процессы и проводить необходимые лечебные мероприятия.

При этом учитываются все клинические признаки, присущие беременности (соответствие увеличения матки сроку беременности, консистенция, форма, чувствительность ее к пальпации и др.). Данные прежних лет и современных исследований показывают, что увеличение матки происходит вследствие гипертрофии существующих мышечных волокон и новообразования их (особенно в первые месяцы беременности), растяжения ее по мере роста плода и увеличения количества околоплодных вод.

Гиперплазии мышечного слоя способствуют эстриол и прогестерон, а также повышение активности ферментных систем, высокое содержание в нем глюкозы, фосфорных соединений, витаминов, электролитов, микроэлементов.

Росту и растяжению матки содействуют пластичность и снижение тонуса ее под влиянием прогестерона и изменения соотношения электролитов. В процессе развития беременности в матке происходят синтез и накопление сократительных белков, а также соединений, являющихся энергетическим субстратом (глюкоза, фосфорные соединения и др.)

Известно снижение чувствительности беременной матки к эндогенным (окситоцин, простагландины и др.) и экзогенным воздействиям. Однако следует учитывать наличие спонтанных сокращений матки, имеющих важное значение для обеспечения маточно-плацентарного кровообращения. Спонтанные сокращения в первой половине нормальной беременности женщина не ощущает. По мере приближения к концу беременности они становятся силь-

нее и чаще (но нерегулярные), ощущаются («сжатие»), но боли не вызывают.

Во время беременности резко возрастает кровоснабжение матки и других частей половой системы. Образуются новые анастомозы между маточной и яичниковой и другими артериями таза, растяжение и рост сосудов матки приводят к образованию изгибов их стволов. Сосуды окружены нервами, регулирующими все функции матки. Значительно активизируется рецепторный аппарат, особенно β -рецепторы, контролирующие расслабление матки; α -адренорецепторы, ответственные за усиление сокращений матки, активизируются к концу беременности. Преимущественное кровоснабжение по сравнению с другими органами является оптимальным для развития плода, плаценты и относительно стабильным. При возникновении условий, приводящих к перераспределению крови (сильные эмоции, боль, кровопотеря и др.), кровообращение беременной матки длительно сохраняет оптимальный характер.

Шейка матки цианотична, разрыхлена, слизистая оболочка ее утолщается, в лакунах накапливается слизь, образующая «пробку». К концу беременности шейка становится короче, смещается от средней линии, зев приоткрывается (так называемое созревание шейки).

Увеличивается сосудистая система влагалища (расширение вен, новообразование мелких вен и капилляров), что обеспечивает правильное течение изменений, присущих беременности. К ним относятся: увеличение мышечных, соединительнотканых и эластических волокон, утолщение слизистой оболочки за счет ее разрыхления и пролиферации эпителиального покрова. Влагалище становится более растяжимым, шире и длиннее, слизистая оболочка — цианотичной (как и шейка матки) вследствие расширения сети вен. У некоторых беременных возникают варикозные расширения вен влагалища. После родов все эти изменения исчезают.

Молочные железы во время беременности претерпевают существенные изменения, происходящие под влиянием гормонов. До беременности циклические изменения в молочных железах происходят под влиянием яичниковых гормонов (эстрогена и прогестерона). В период беременности наиболее важное значение приобретают гормоны, вырабатываемые в плаценте.

Морфологические и функциональные изменения в молочных железах осуществляются под воздействием со-

вокупности гормонов: эстрогенов (пролиферативные процессы), прогестерона (новообразования долек железистых элементов, их дифференцировка, секреторная деятельность) ХСМТ; известное влияние оказывают гормоны надпочечника, щитовидной железы.

Во второй половине беременности пролиферативные процессы ослабевают, секреция альвеолярного эпителия начинается с образования молочивных желез (колеструм). Секреция молока начинается во второй половине беременности, но выделение его происходит в послеродовом периоде (после прекращения действия плацентарных гормонов) под влиянием гипофизарного пролактина.

Динамика массы тела в период беременности. Происходит прогрессирующее увеличение массы тела беременной, особенно заметное во второй половине беременности. В течение первых месяцев прирост массы тела незначителен, во второй половине беременности она повышается на 300—350 г в неделю (возможны значительные индивидуальные колебания в пределах 250—400 г).

Более значительное увеличение массы тела свидетельствует об избыточной задержке воды в организме. Однако некоторые авторы указывают на возможность прибавки массы тела до 450—500 г при неосложненной беременности [Аскегман, 1980]. Увеличение массы тела в период беременности колеблется от 10 до 15—17 кг. В среднем физиологическая прибавка массы тела к концу беременности достигает 12—12,5 кг (табл. 9). Прирост массы тела бере-

Таблица 9. Распределение средних величин возрастания массы тела и отдельных компонентов в течение нормальной беременности [Friedberg, 1980]

	Величина прибавки, г			
	10 нед	20 нед	30 нед	40 нед
Общая прибавка массы тела	650	4 000	8 500	12 500
Плод	5	300	1 500	3 300
Плацента	20	170	430	650
Околоплодные воды	30	250	600	800
Матка	135	585	810	900
Молочные железы	34	180	360	405
Масса крови	100	600	1 300	1 250

менной обусловлен увеличением количества циркулирующей крови и тканевой жидкости, развитием плода и плаценты, нарастанием околоплодных вод, массы матки, молочных желез, а также накоплением жира.

Увеличение содержания жидкости в организме связано с изменением водно-солевого обмена, присущим беременности. Установлено увеличение внеклеточной жидкости, жидкости в сосудах (плазмы) и соединительной ткани. Увеличение жидкости в значительной мере связано с задержкой натрия во внеклеточной жидкости. Это происходит на фоне нормального содержания электролитов (натрия, калия) в крови и выделяемой моче. Регуляция водно-солевого обмена в значительной степени зависит от взаимодействия альдостерона (минералкортикоидный гормон надпочечника) и антидиуретического гормона гипофиза. Альдостерон способствует задержке натрия в организме, антидиуретический гормон уменьшает выделение воды. При этом восстанавливаются нормальные соотношения между содержанием натрия и воды и общим объемом воды в организме.

Задержка натрия и воды в нормальных пределах в последние месяцы беременности обуславливает сочность и растяжимость тканей, что имеет значение для течения родов.

Задержка воды и солей, а также увеличение проницаемости сосудов могут быть причиной появления отечности в области стоп и голеней при длительном стоянии (ходьбе) в поздние сроки беременности. Этому содействует также возрастание венозного давления в системе vv. femoralis и saphena в положении стоя. Такие изменения, имеющие ограниченный характер, легко исчезающие в горизонтальном положении, не являются признаками токсикоза (при отсутствии протеинурии и гипертонии).

Значение тестов функциональности диагностики. Тесты функциональной диагностики для распознавания акушерской патологии используются ограниченно. Они применяются в качестве дополнительных, вспомогательных методов для диагностики некоторых видов акушерской патологии.

Кольпоцитологический метод исследования не получил широкого распространения вследствие недостаточной достоверности результатов и ограниченного числа патологических процессов, при которых применение его может дать некоторую информацию. Опубликованы резуль-

таты кольпоцитологических исследований при диагностике угрозы самопроизвольного выкидыша, перенашивания беременности и некоторых заболеваний. Авторы признают вспомогательное диагностическое значение полученных ими данных. Следует отметить, что при наличии признаков кольпита результаты цитологических исследований недостоверны, поэтому использование данного метода нерационально.

При оценке результатов кольпоцитологического исследования необходимо учитывать некоторые особенности, присущие нормальной беременности. В связи с гормональными влияниями, происходящими во время беременности (прогестерон, эстрогены), происходит утолщение эпителиального покрова влагалища за счет некоторой гипертрофии парабазального и более существенной пролиферации промежуточного слоя эпителия.

В I триместре беременности в мазке преобладают промежуточные и поверхностные клетки, ладьевидные клетки единичные, кариопикнотический индекс (КПИ) колеблется от 0 до 10—15%. По мере развития беременности происходит изменение цитологической картины мазка, характеризующееся в основном преобладанием промежуточных и ладьевидных клеток; поверхностных клеток мало, КПИ 0—10%. В III триместре отмечается преобладание ладьевидных и промежуточных клеток, КПИ близок к нулю. В конце беременности ладьевидные клетки исчезают, преобладают промежуточные и поверхностные клетки, КПИ составляет 15—20% и выше.

При угрозе самопроизвольного выкидыша уменьшается число ладьевидных клеток, возрастает количество поверхностных, КПИ 20—30% и выше. Это связано с дефицитом прогестерона и эстриола. Некоторые авторы считают, что при КПИ выше 10% необходимо начинать гормонотерапию; при КПИ 40—50% беременность сохранить не удастся. Указанные изменения происходят при угрозе выкидыша, связанной с гормональной недостаточностью. При выкидышах другой этиологии (например, вследствие истмико-цервикальной недостаточности) беременность может прерваться при нормальной кольпоцитологической картине.

При перенашивании беременности в мазках находят промежуточные и единичные поверхностные клетки. Встречаются также парабазальные и базальные клетки; много слизи и лейкоцитов.

Измерение базальной температуры имеет вспомогательное значение для ранней диагностики угрозы самопроизвольного прерывания беременности. При нормальном развитии беременности в течение первых 4 мес отмечается повышение базальной температуры с последующим ее снижением. Zimmermann, наблюдавший эти изменения, связывает снижение базальной температуры после 4 мес с увеличением образования АКТГ и глюкокортикоидов. Стойкое снижение базальной температуры в первые 3 мес беременности (ниже 37°C) является признаком угрозы прерывания беременности. Однако отсутствие снижения базальной температуры в этот срок не позволяет с уверенностью прогнозировать нормальное развитие беременности.

Феномен кристаллизации секрета желез слизистой канала шейки матки можно использовать в качестве дополнительного теста при распознавании угрозы прерывания беременности. Признаками угрожающего выкидыша служит зияние наружного отверстия канала шейки матки и наличие в нем прозрачной слизи с явлениями кристаллизации. При нормальной беременности наружный зев закрыт, слизистый секрет не выделяется («сухая шейка»), феномен кристаллизации отсутствует.

Глава 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛОДА

В повседневной работе врача женской консультации существенное значение имеют общепринятые методы диагностики беременности, распознавания положения и членорасположения плода, его длины, размеров головки (в последние месяцы беременности), выслушивание сердечных тонов, определение двигательной активности. Однако нередко возникает необходимость применения специальных методов исследования плода, уточняющих результаты обычного клинического исследования и дающих дополнительную (новую) информацию.

В настоящее время используются специальные методы исследования состояния плода, опосредованные через организм матери и позволяющие непосредственно установить физическое развитие плода и показатели жизнедеятельности.

К первой группе относятся методы определения экскреции эстриола, а также других гормонов плаценты, ко вто-

рой — электро- и фонокардиография, эхография, рентгенография. Все эти методы исследования применимы в поликлинических условиях, при наличии соответствующих связей с лабораториями, специальными отделениями поликлиник и базовых женских консультаций. В условиях стационара, кроме указанных методов, применимы: амниоскопия, амниоцентез с последующим исследованием околоплодных вод (биохимические, цитологические и другие методы), электроэнцефалография, реоэнцефалография (в родах), мониторное наблюдение во время родов и др. Специальные методы исследования в условиях женской консультации используются при наличии признаков гипоксии, подозрении на задержку и аномалии развития плода, для уточнения положения и членорасположения, многоплодной беременности, места прикрепления плаценты и др.

Определение величины экскреции белковых и стероидных гормонов и их метаболитов имеет значение для распознавания состояния функциональной активности не только плода, но и плаценты, т. е. всей фетоплацентарной системы. Эти данные могут быть использованы для контроля эффективности лечения и прогноза исхода беременности.

Снижение экскреции ХГ, ХСМТ (хориальный лактоген) по сравнению с величинами нормальной экскреции (см. с. 7,8) указывает на функциональную недостаточность хориона (плаценты) и угрозу прерывания беременности. Имеются указания, что при снижении экскреции ХГ до 1000 МЕ/л прогноз в отношении сохранения беременности плохой. Об этом же свидетельствует низкий уровень выделения прегнандиола (снижение до 2 мг и ниже указывает на неудовлетворительное состояние зародыша или его гибель). Однако прерывание беременности при дисфункции коры надпочечников может произойти при нормальной и даже повышенной экскреции прегнандиола.

Особенно значительное снижение экскреции наблюдается при неразвивающейся беременности. Экскреция ХГ наблюдается некоторое время (7—10 дней) после гибели зародыша. Показатели экскреции этих гормонов и их метаболитов имеют значение в первые месяцы беременности. Позднее прибегают к определению экскреции эстриола, значительное падение которой по сравнению с нормальными показателями для разных сроков (см. с. 7,8) указывает на снижение функциональной активности пла-

центы и жизнедеятельности плода. После гибели плода резко уменьшается экскреция эстриола.

Рентгенография в акушерской практике применяется по строгим показаниям, поскольку чувствительность плода к действию ионизирующей радиации повышена. Чувствительность особенно велика в ранние стадии и снижается по мере развития плода, особенно при доношенной беременности. Рентгенография позволяет уточнить наличие плода, его положение и предлежание, размеры головки и ее соответствие тазу матери, некоторые аномалии развития (гидроцефалия, анэнцефалия и др.), многоплодную беременность, антенатальную гибель плода (соответствующие изменения в структуре скелета), признаки отечной формы гемолитической болезни (полоса просветления в области мягких тканей спинки и головки, зависящая от отека и др.).

Показаниями к рентгенографии могут быть: 1) подозрение на пузырный занос и неразвивающуюся беременность в поздние сроки, а также пороки развития, значительные затруднения при определении положения и предлежания плода; 2) аномалии развития и травмы таза, аномалии позвоночника и нижних конечностей; 3) накануне родов и в периоде раскрытия необходимость уточнить соответствие между головкой плода и тазом матери (при недостаточности данных клинического исследования).

Некоторые функциональные пробы для оценки состояния плода. В условиях женской консультации применен ряд проб, позволяющих оценить состояние важнейших функций плода во второй половине беременности.

1. Определение двигательной активности плода. При нормальном состоянии плод за 10 мин совершает $2,3 \pm 0,2$ движения (шевеления). Ослабление двигательной активности наблюдается при гипоксии и других нарушениях, возникающих при неблагоприятных условиях.

2. Во время шевеления плода в норме происходит учащение его сердцебиения на $16,9 \pm 1,2$ в минуту. Более или менее значительное учащение сердцебиения можно оценить как признак недостаточного гомеостаза.

3. Пальпация головки плода (особенно швов и родничков при головном предлежании и стоп при тазовом) при гипоксии вызывает резкое учащение сердцебиения с последующим его восстановлением (через 5—10 с).

4. Проба с задержкой дыхания. На высоте вдоха

беременной происходит учащение, на выдохе — урежение сердцебиения плода на 7—10 ударов в минуту (при нормальном его состоянии).

Значительное увеличение или урежение шевелений является признаком ухудшения состояния плода.

5. Температурная проба. Кратковременное охлаждение передней брюшной стенки вызывает урежение сердцебиения на 8—9 в минуту, тепловой раздражитель — учащение на 13—14 ударов в минуту. Эти реакции указывают на достаточное развитие адаптационных механизмов плода. Изменение этих реакций наблюдается при гипоксии и других нарушениях.

6. Проба с кислородом. После ингаляции беременной кислородом через маску (в течение 10 мин) определяют число сердцебиений плода. Неблагоприятные признаки: 1) колебание частоты сердцебиения более чем на 15 в минуту до и после ингаляции; 2) изменение основной частоты сердцебиения (более 160 и менее 100 в минуту); 3) появление брадикардии (наиболее неблагоприятный признак).

Электрокардиография (ЭКГ) и фонокардиография (ФКГ) имеют весьма существенное значение для определения характера сердечной деятельности плода, реагирующей на недостаточное снабжение кислородом, изменение температуры, интоксикацию и другие нарушения.

Известно, что при заболеваниях матери, особенно протекающих в тяжелой форме (поздний токсикоз, сердечно-сосудистая патология, анемия, иммунологический конфликт по резус-фактору, диабет и др.), нередко возникают условия (гипоксия и др.), нарушающие сердечную деятельность и другие функции плода.

Регистрация сердечной деятельности плода дает объективную ценную информацию о его состоянии, в частности о наличии и степени гипоксии.

В условиях женской консультации (поликлиники) возможна непрямая электрокардиография, при которой электроды накладывают на переднюю брюшную стенку беременной (прямая электрокардиография применяется во время родов; запись производится с головки плода). На ЭКГ регистрируется желудочный комплекс *QRS*, начиная с 14—18 нед беременности. Однако достоверная информация о состоянии сердечной деятельности плода получается только после 34 нед.

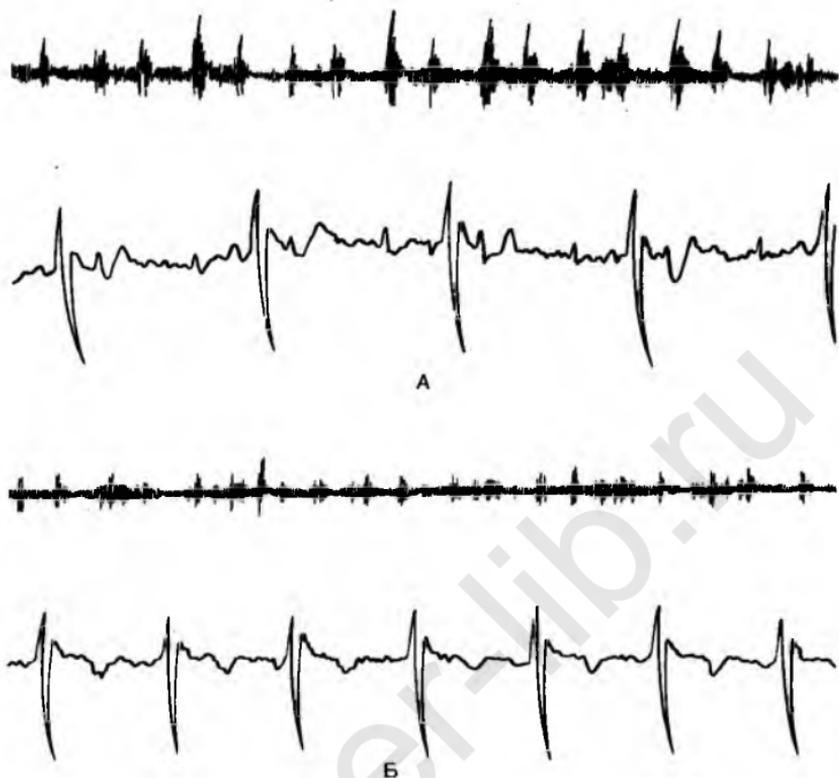


Рис. 1. ФКГ и ЭКГ плода в норме и при хронической гипоксии. А — ФКГ и ЭКГ плода в норме (беременность 37 нед, головное предлежание); Б — ФКГ и ЭКГ плода при хронической гипоксии. Снижение амплитуды *QRS*, на ФКГ — снижение амплитуды тонов (беременность 37 нед, головное предлежание).

ФКГ отражает звуковые явления, связанные с сокращениями сердца. Она состоит из двух групп осцилляций, соответствующих первому и второму тону. При регистрации ФКГ микрофон помещают в зоне наилучшего выслушивания сердечных тонов плода. При оценке записи ЭКГ и ФКГ анализируют следующие показатели: частоту сердечных сокращений, характер ритма, продолжительность и величину комплекса *QRS*, амплитуду тонов и др. (рис. 1).

В результате многочисленных исследований установлено, что частота сердечных сокращений плода при нормальной беременности составляет 120—170 в минуту [Демидов В. Н., 1971], причем учащение происходит при усилении двигательной активности (шевелении) плода. Сердечные сокращения учащаются также при натяжении

пуповины, нерезком сдавлении нижней поллой вены беременной маткой. Урежение сердцебиения наблюдается при прижатии пуповины, значительно выраженном синдроме нижней поллой вены, острой гипоксии (отслойка плаценты, прижатие пуповины и др.). Брадикардия при острой асфиксии может иметь место при отсутствии других изменений на ЭКГ и ФКГ.

Наиболее выраженными показателями хронической гипоксии, по данным ЭКГ и ФКГ, являются снижение амплитуды тонов и комплекса *QRS*, а также монотонность ритма. Если монотонность ритма в сочетании с уменьшением комплекса *QRS* или с постепенным снижением его амплитуды наблюдается длительно (при динамическом наблюдении), то наличие хронической гипоксии не вызывает сомнений [Иванов И. П. и др.]. Выраженная гипоксия плода характеризуется значительным перепадом сердечных сокращений, который характеризуется урежением (в основном), сменяющихся кратковременным учащением.

Экстрасистолия плода в случае сочетания ее с монотонностью ритма и другими признаками страдания плода указывает на ухудшение его состояния.

При патологии пуповины (обвитие вокруг шеи, туловища, истинный узел, короткость и др.) наблюдаются постоянное, выраженное изменение амплитуды тонов и систолические шумы.

ЭКГ и ФКГ используются для выявления изменений, возникающих при гемолитической болезни плода, перенашивании беременности и других видах акушерской патологии, которым нередко сопутствует гипоксия плода.

Ультразвуковое исследование дает возможность получить изображение плода (наличие его, размеры, положение, аномалии развития, двойня и др.), а также услышать его сердечные тоны в ранние сроки развития, когда аускультативно они не распознаются. Ультразвуковые колебания (больше 20 000 в секунду) не воспринимаются слухом; их можно превратить в слышимые путем использования пьезоэлектрического эффекта. При действии пучка ультразвука на ткани с неодинаковым акустическим сопротивлением отмечаются различия в их отражении на экране особого осциллографического устройства. Удастся установить различия не только между костными и мягкими тканями, но и структуру мало различающихся по плотности внутренних органов, новообразований и др. В акушерской практике применяют ультра-

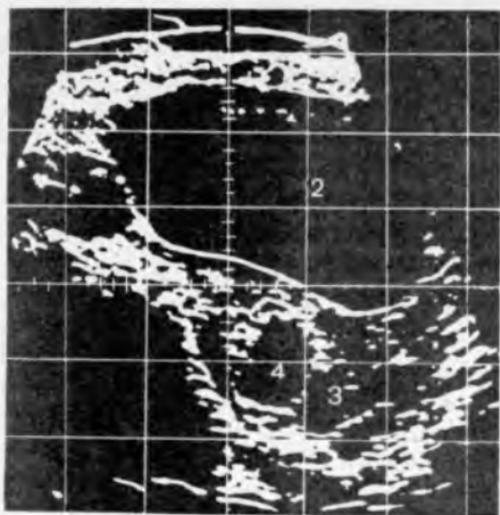


Рис. 2. Беременность 8 нед. Плодное яйцо. Продольное сканирование.
1 — передняя брюшная стенка; 2 — мочевого пузыря;
3 — матка; 4 — плодное яйцо.

звук незначительной интенсивности; исследование безопасно для матери и плода.

В настоящее время в акушерстве широко используют приборы, работающие в бистабильном режиме (однотоновое изображение) и по принципу серой шкалы (многотоновое изображение в различных оттенках серого) и сканирование в реальном масштабе времени, позволяющее вести постоянный контроль за со-

стоянием объекта, что имеет особо важное значение при исследовании движущихся структур. Применение современной ультразвуковой аппаратуры позволяет получить ценную информацию о характере течения беременности и состоянии плода.

Распознавание беременности на основании выявления плодного яйца возможно при сроке 3—4 нед. В ранние сроки плодное яйцо определяется как четко контурируемое, округлой или овальной формы эхонегативное образование, расположенное обычно в среднем или верхнем отделе матки. По мере развития беременности плодное яйцо увеличивается и к 11 нед выполняет всю полость матки.

В 4 нед беременности удается получить изображение эмбриона (эхопозитивное образование длиной около 0,5—0,6 см, расположенное в непосредственной близости от места имплантации). Головка плода как отдельное образование выявляется начиная с 7—8 нед беременности (рис. 2).

С 5 нед беременности при использовании сканирования в реальном масштабе времени возможна регистрация сердечной деятельности и с 7—8 нед — двигательной активности плода.

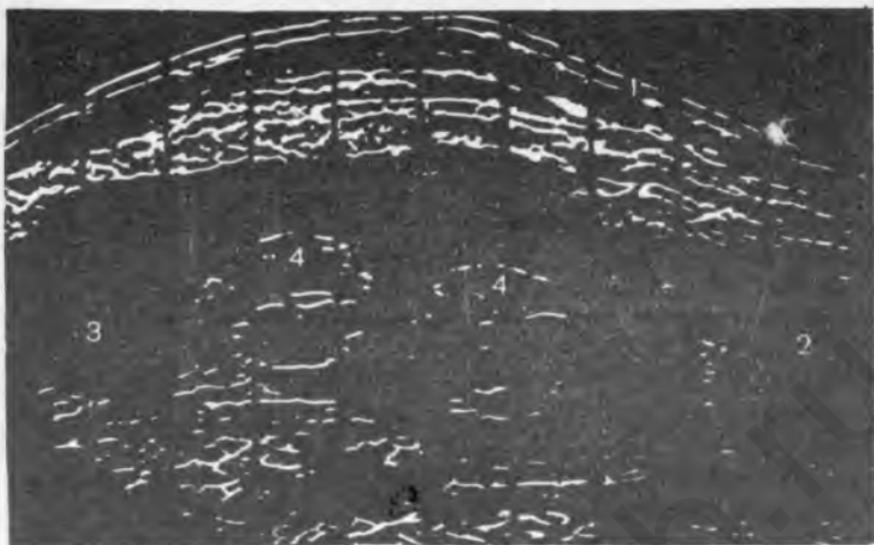


Рис. 3. Беременность 16 нед. Двойня. Продольное сканирование.
1 — передняя брюшная стенка; 2 — мочевого пузыря; 3 — околоплодные воды; 4 — головки плодов.

Диагностика многоплодной беременности в I триместре основывается на выявлении в полости матки двух и более плодов или плодных яиц (рис. 3).

Ценная информация о характере течения и сроке беременности может быть получена на основании определения размеров плодного яйца и длины эмбриона.

В. Н. Демидов и А. М. Стыгар (1981) установили, что в I триместре взаимоотношения между диаметром плодного яйца, длиной плода и сроком беременности могут быть определены при помощи уравнений:

$$W = 1,549 \times D_B + 1,753$$

$$W = 2,1554 + \sqrt{13,9646 \cdot КТР - 4,19927} ,$$

где W — срок беременности (нед); D_B — средний внутренний диаметр плодного яйца (см), полученный на основании трех взаимно перпендикулярных его измерений; $КТР$ — копчико-теменной размер плода (см.). Использование приведенных уравнений (формул) позволяет определить срок беременности точнее, чем общепринятые клинические методы.

Ошибки при использовании первого из этих уравнений не превышают ± 5 дней, второго — ± 2 дня.

Головка плода явилась первой анатомической структурой, с исследования которой началось систематическое использование ультразвука в акушерстве. Выявлена [Демидов В. Н., 1978] четкая зависимость между размерами головки и сроком беременности:

$$B = -0,052 \cdot W^2 + 5,49 \cdot W - 42,4,$$

где B — бипариетальный размер головки плода (мм); W — срок беременности (недели).

Использование этого уравнения позволяет достаточно точно оценить выраженность гипотрофии плода. Установлено, что если бипариетальный размер (БПР) головки уменьшен на 2 нед по сравнению с предполагаемым сроком беременности, вычисленным при помощи данного уравнения, то это может указывать на умеренную гипотрофию плода. Уменьшение БПР на 3—4 нед свидетельствует о выраженной гипотрофии. Если БПР уменьшен более чем на 5 нед по сравнению с предполагаемым сроком беременности, то рождение жизнеспособного плода сомнительно.

Во II и III триместрах определение срока беременности основывается на одновременном измерении БПР, среднего диаметра грудной клетки и живота плода (табл. 10). Математически эта зависимость описана при помощи следующего уравнения [Демидов В. Н., 1980]:

$$W = 58,0781 - 0,21 \cdot \sqrt{7810,011 - 76,7756 \cdot B} - 0,145 \cdot$$

$$\left(\sqrt{10819,04 - 92,3788 \cdot T} + \sqrt{12065,342 - 95,238 \cdot A} \right),$$

где B — БПР головки; T и A — соответственно средний диаметр грудной клетки и живота (мм), полученный на основании двух взаимноперпендикулярных измерений.

Использование эхографии позволяет с высокой степенью точности определить положение и предлежание плода (рис. 4 и 5), а также получить известное представление об объеме околоплодных вод (маловодие, многоводие), установить неразвивающуюся беременность, полный или неполный выкидыш.

При неразвивающейся беременности на эхограммах отмечается уменьшение размеров и деформация головки

Таблица 10. Биариетальный размер головки, грудной клетки и живота плода

Срок беременности, нед.	Биариетальный диаметр головки, мм	Средний диаметр грудной клетки, мм	Средний диаметр живота, мм	Срок беременности, нед.	Биариетальный диаметр головки, мм	Средний диаметр грудной клетки, мм	Средний диаметр живота, мм	Срок беременности, нед.	Биариетальный диаметр головки, мм	Средний диаметр грудной клетки, мм	Средний диаметр живота, мм
14	24,3 (21-28)	23,9 (20-29)	23,5 (19-29)	23	56,3 (52-60)	56,5 (52-62)	57,5 (54-62)	32	79,9 (75-85)	82,1 (76-90)	84,4 (78-93)
15	28,2 (25-32)	28,0 (23-32)	27,6 (23-32)	24	59,5 (55-63)	60,0 (55-65)	60,9 (57-65)	33	82,0 (77-88)	85,0 (78-93)	87,4 (80-94)
16	32,1 (28-36)	32,9 (27-37)	31,6 (26-36)	25	62,9 (58-66)	63,2 (60-68)	64,2 (60-68)	34	84,0 (79-90)	87,3 (80-96)	90,0 (82-109)
17	35,8 (32-35)	35,6 (32-40)	35,6 (32-39)	26	65,1 (61-69)	65,8 (61-72)	67,4 (68-72)	35	85,9 (81-92)	89,1 (82-98)	92,4 (84-105)
18	39,5 (36-43)	39,4 (35-44)	39,5 (35-43)	27	67,9 (63-72)	69,1 (64-74)	70,5 (66-76)	36	87,7 (83-94)	91,8 (84-102)	94,8 (86-108)
19	43,1 (39-47)	43,0 (38-48)	43,2 (36-47)	28	70,5 (66-75)	71,9 (67-78)	73,5 (68-80)	37	89,4 (85-96)	93,8 (86-105)	97,0 (87-112)
20	46,6 (46-50)	46,4 (42-62)	47,0 (43-51)	29	73,0 (69-77)	74,4 (69-82)	76,5 (71-83)	38	91,0 (86-98)	95,3 (88-108)	99,3 (88-115)
21	49,9 (46-54)	50,1 (46-55)	50,6 (47-55)	30	75,4 (71-80)	77,4 (72-84)	79,3 (73-87)	39	92,5 (88-100)	97,8 (79-111)	101,3 (90-119)
22	53,2 (49-57)	53,4 (48-58)	54,1 (50-59)	31	77,8 (76-83)	80,6 (74-87)	82,1 (75-90)	40	93,6 (89-102)	98,8 (90-115)	103,4 (91-122)

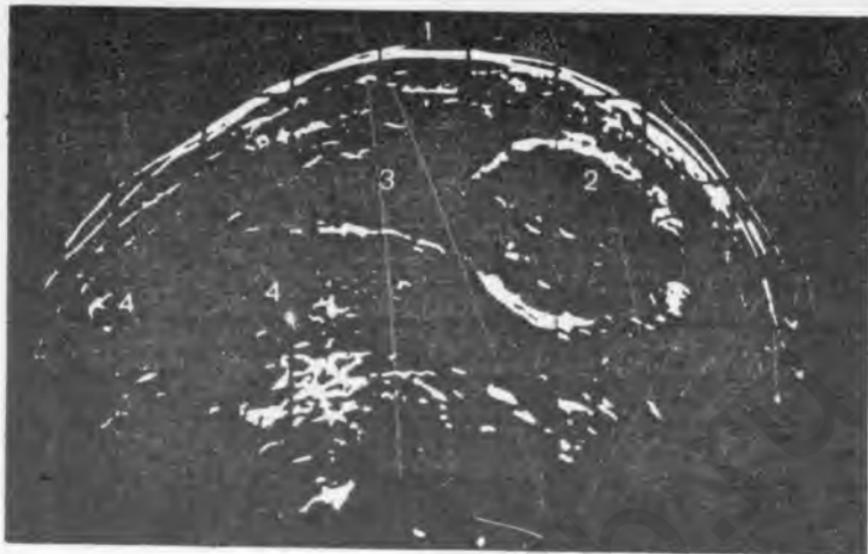


Рис. 4. Беременность 25 нед. Поперечное сканирование.

1 — передняя брюшная стенка; 2 — головка; 3 — околоплодные воды; 4 — плацента



Рис. 5. Беременность 34 нед. Головное предлежание плода. Продольное сканирование.

1 — передняя брюшная стенка; 2 — мочевого пузыря; 3 — головка плода; 4 — туловище плода; 5 — конечности плода.

плода и плодного яйца, (рис. 6), его фрагментация и нечеткость его контура.

Диагностика пузырного заноса основывается на появлении в полости матки множественных эхокомплексов (рис. 7), напоминающих снежную бурю.

При внутриутробной гибели отмечается уменьшение размеров плода по сравнению с предполагаемым сроком беременности. Если ультразвуковое исследование производится более чем через неделю после его гибели, то на эхограммах выявляются деформация головки и нечеткость контуров туловища плода.

При решении ряда вопросов антенатальной диагностики полезны сведения о локализации, толщине и размерах плаценты. На эхограммах при использовании серой шкалы или сканировании в реальном масштабе времени она имеет вид губчатой структуры образование, ограниченное с одной стороны стенкой матки, с другой — пластинкой хориона. Установлено, что толщина плаценты постепенно увеличивается с 12,7 мм в 8 нед беременности до 35,6 мм к 36 нед. К концу беременности она несколько истончается (в среднем до 34,4 мм). Данный метод может быть с успехом использован для диагностики кальциноза и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Ультразвуковая эхография может оказать значительную помощь в диагностике врожденных заболеваний и пороков развития плода. При тяжелой форме гемолитической болезни нередко наблюдается увеличение толщины плаценты и размеров живота, не соответствующее сроку беременности. При отечной форме гемолитической болезни появляются признаки скопления жидкости в брюшной полости плода.

Анэнцефалия характеризуется уменьшением головки плода и неровностью ее контура. При гидроцефалии на-



Рис. 6. Беременность 18 нед. Мертвый плод. Деформация головки плода. Поперечное сканирование.

1 — передняя брюшная стенка; 2 — головка.

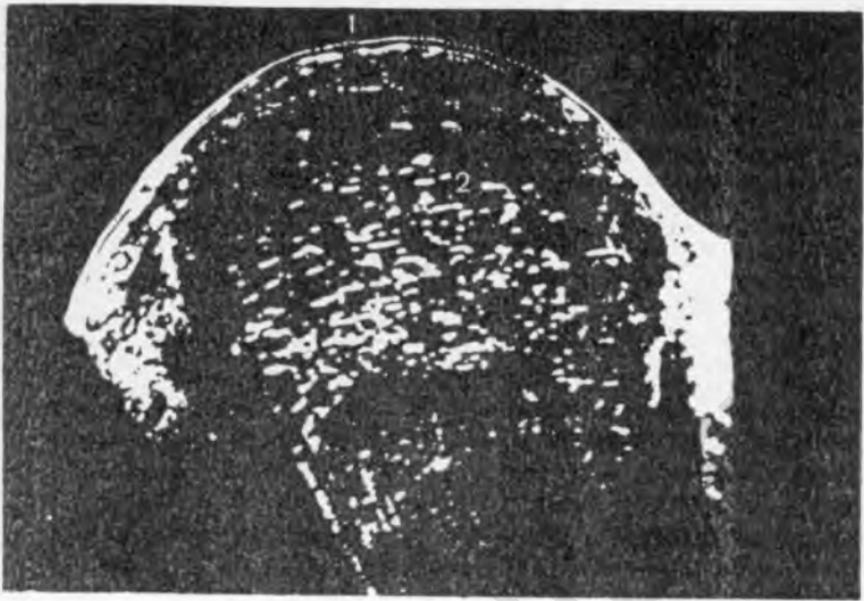


Рис. 7. Пузырный занос. Поперечное сканирование.
1 — передняя брюшная стенка; 2 — пузырный занос.

блюдается увеличение головки плода, не соответствующее размерам его туловища и сроку беременности, выявляется также расширение желудочков мозга. Диагноз гидроцефалии не вызывает сомнений, если БПР головки плода превышает 11 см.

При использовании данного метода исследования диагностируются значительные дефекты позвоночника, аномалии расположения сердца и некоторые пороки его развития, атрезии кишечника, гидронефроз, поликистоз почек и др.

В настоящее время в акушерстве широко используются ультразвуковые приборы, принцип работы которых основан на эффекте Доплера. Суть его состоит в том, что при облучении движущегося объекта ультразвуком частота отраженных от него колебаний изменяется в зависимости от скорости и направления движения объекта. Объектом исследования могут быть сердце, кровеносные сосуды и другие внутренние структуры и ткани.

Одним из основных элементов такого типа приборов является раздельно совмещенный преобразователь (датчик), который подключается к электронному блоку. В преобразователе находятся излучающая и при-

емная пластинка. Преобразователь излучает в направлении объекта ультразвуковые колебания с частотой 3—3,5 МГц и интенсивностью не более 10 мВт/см². Приемная пластинка преобразователя воспринимает отраженные ультразвуковые колебания и преобразует их в электрические. Затем при помощи электронной схемы разницы частот облучения и отражения электрические сигналы преобразуются в звуковые, которые прослушиваются через громкоговоритель.

Как известно, основным показателем жизнедеятельности плода является его сердечная деятельность. При использовании этих приборов сердцебиение плода у 50—60% беременных удается определить в 7—9 нед, у 85—95% — в 10—11 нед. После 12 нед сердцебиение плода определяется у всех беременных.

Выявление сердечной деятельности в различных областях матки свидетельствует о многоплодной беременности. Точность диагностики многоплодной беременности значительно повышается при наличии «мертвой зоны» между двумя фокусами выслушивания сердечной деятельности плода.

Место расположения плаценты определяется по характерному дующему шуму, совпадающему с частотой сердечной деятельности плода.

Наряду с этим использование приборов, основанных на эффекте Доплера, может оказать определенную помощь при дифференциации беременности от быстро растущих опухолей матки, пузырного заноса, мнимой беременности и некоторых других патологических состояний. К достоинствам указанных приборов следует также отнести их небольшие размеры и простоту исследования, в связи с чем они могут использоваться в женских консультациях, на дому и непосредственно у постели больного.

Амниоскопия и амниоцентез осуществляется только в стационаре, но врачу консультации иногда приходится определять показания к амниоцентезу. Известно, что амниоцентез производится с целью получения околоплодных вод, исследование которых (определение билирубина, креатинина, глюкозы, мочевины, белка, фосфолипидов, оптической плотности, особенностей клеток и др.) помогает оценить состояние плода, а также установить пол его (показатели полового хроматина), что важно для определения риска наследственных заболеваний, сцепленных с полом.

Показания к амниоцентезу:

1. Необходимость распознавания гемолитической бо-

лезни и степени развития плода при изосерологической несовместимости крови матери и плода (решение вопроса о сроке и методе родоразрешения).

2. Определение состояния плода (гипоксия, функциональные расстройства, степень зрелости) при тяжелых токсикозах и экстрагенитальных заболеваниях, что важно для решения тактики ведения беременности.

3. Необходимость распознавания пола плода для решения вопроса о продолжении беременности при риске наследственной патологии, связанной с полом (исследование полового хроматина, кариологический анализ). С этой целью производят исследование вод. В отдельных медицинских учреждениях амниоцентез применяли для диагностики переносимости (перезрелости) плода. Однако амниоцентез может вызвать осложнения (инфицирование вод, кровотечение и др.), поэтому показания к нему ограничены.

Одним из показателей состояния плода является кислотно-щелочное состояние вод. Установлено нарастание показателей метаболического ацидоза при гипоксии, возникающей при тяжелых токсикозах, перенашивании, резус-конфликтной беременности, сахарном диабете и других заболеваниях. При перенашивании беременности, токсикозах и других заболеваниях, ведущих к нарушению функций плаценты, отмечается повышение активности щелочной фосфатазы в водах.

О степени зрелости плода судят по содержанию в водах креатинина, лецитина, сфингомиелина, билирубина, белка, сахара, мочевины, электролитов и других веществ.

По мере развития плода концентрация креатинина в водах нарастает, что связано с развитием ферментных систем печени. При замедлении созревания плода и нарушении его функциональных систем отмечается снижение содержания креатинина в водах. При нормальном развитии плода происходит уменьшение концентрации общего белка в амниотической жидкости (созревание белковосинтезирующей функции печени). Гипоксии плода сопутствует увеличение белка, а также и глюкозы (недостаточность функции печени плода). По содержанию в амниотической жидкости лецитина и сфингомиелина судят о степени зрелости легких плода (указанные липиды участвуют в образовании сурфактанта, выстилающего альвеолы легких и обеспечивающего стабильность их во время дыхания).

По содержанию билирубина в водах с учетом других показателей (концентрация белка, глюкозы, креатинина и др.) судят о наличии гемолитической болезни плода. При исследовании вод выясняют содержание в них эстриола, снижение которого указывает на недостаточность фетоплацентарного комплекса (см. с. 10). При генетическом исследовании определяют половой хроматин в эпителиальных клетках (его получают в результате центрифугирования вод), а при необходимости — кариотипа плода. Это имеет большое значение для решения вопроса о целесообразности продолжения беременности при наследственной патологии, связанной с полом (гемофилия, миопатия типа Дюшена, агаммаглобулинемия и др.). Плод женского пола рождается фенотипически здоровым, мужского — больным в 50% случаев, поэтому при установлении мужского пола плода обсуждается вопрос о прерывании беременности.

Амниоскопия производится в поздние сроки беременности, когда в канал шейки матки можно без затруднений ввести амниоскоп. Метод применяется по показаниям (подозрение на асфиксию, гемолитическую болезнь, переношенность, маловодие и др.). Осмотр оболочек, прилегающих к внутреннему зеву, и просвечивающих околоплодных вод помогает распознаванию гемолитической болезни плода (желтоватые воды), асфиксии (зеленый оттенок вод, содержащих частицы мекония), предлежанию пуповины, маловодия и других осложнений.

Исследование плода в условиях женской консультации имеет основной целью определение показателей его развития: своевременное выявление гипотрофии (задержка развития), роста, опережающего срок внутриутробной жизни (крупный, гигантский плод), признаков гипоксии и по возможности аномалии развития. Для этого используются традиционные методы акушерского исследования, включая измерение длины плода, БПР головки, определение массы плода. Известно, что о длине плода и соответствии этого показателя сроку беременности можно судить по величине, полученной в результате удвоения размера от нижнего полюса головки до тазового конца плода.

Важное значение имеет определение БПР головки методом ультразвукового сканирования, дающее наиболее объективные сведения. Массу тела плода ориентировочно

можно определить различными способами, в частности методом Рудакова¹.

К числу актуальных задач врача женской консультации является распознавание нарушений развития плода, особенно гипотрофии его, а также чрезмерные размеры (крупный, гигантский плод).

Гипотрофия плода характеризуется признаками задержки роста, недостаточности питания; обычно масса тела плода не соответствует его длине. Морфологическим признакам гипотрофии сопутствует задержка созревания важнейших функциональных систем плода и новорожденного. Гипотрофия наблюдается среди доношенных плодов и у родившихся недоношенными (показатели физического и функционального развития ниже соответствующих данному сроку внутриутробной жизни). Данная особенность развития наблюдается нередко, в том числе в странах развитых в экономическом отношении. Задержка скорости роста может быть обусловлена генетическими факторами (фенилкетонурия, болезнь Дауна и др.), однако наиболее частыми причинами являются нарушения условий среды, зависящие от состояния здоровья беременных.

Успехи здравоохранения, в частности фармакотерапии, позволяют стимулировать беременность и сохранять ее при заболеваниях женщин, в прежние годы сопровождавшихся бесплодием и самопроизвольными выкидышами.

Однако при заболеваниях беременных, особенно протекающих продолжительно и в тяжелой форме (тяжелые токсикозы, гипертоническая болезнь, пороки сердца, пиелонефрит, диабет, гипер- и гипотиреоз и др.), условия развития плода нередко не соответствуют потребностям его организма, что зависит от изменений в организме беременной (гипоксия, нарушения процессов обмена и гормонального гомеостаза, снижение иммунных реакций и другие особенности функций, присущих заболеваниям).

Существенную роль играют морфологические и функциональные изменения, возникающие в плаценте при продолжительных и тяжелых заболеваниях беременных. Изменения в сосудах, ферментных системах, степени проницаемости плаценты оказывают неблагоприятное влияние на процесс доставки к плоду потребного количества

¹ Лебедев А. А., Рудаков А. В. Определение срока беременности. — М., 1955.

кислорода, питательных веществ, электролитов, микроэлементов, витаминов и других веществ, необходимых для его развития. Следствием изменения проницаемости плаценты может быть как недостаточность доставки кислорода и питательных веществ, так и проникновение к плоду патогенных агентов (токсины, микробы и др.), которые в физиологических условиях задерживаются плацентарным барьером. Возникновение гипотрофии плода возможно при недостаточном, несбалансированном питании матери, курении, употреблении алкоголя, действии других повреждающих факторов.

Распознавание гипотрофии осуществляется путем детального ознакомления с анамнезом, использования традиционных методов объективного исследования и ультразвуковой фетометрии (см. с. 40). При динамическом ультразвуковом исследовании можно получить данные о размерах плода (рост, БПР головки, диаметр грудной клетки и др.), а также о темпах роста. Надежным методом диагностики гипотрофии является определение БПР головки плода. Если этот размер на 2 нед меньше, чем при нормальном развитии плода, то гипотрофия является умеренной, при отставании на 3—4 нед — выраженной [Демидов В. Н., 1979]. Диагностическое значение имеет определение экскреции эстриола и других гормонов плаценты (см. с. 10) потому, что гипотрофии плода сопутствует недостаточность всей фетоплацентарной системы.

Профилактика гипотрофии плода в значительной мере осуществляется в консультации. Она сводится к выявлению беременных, имеющих риск возникновения данной патологии, лечению больных женщин совместно с терапевтом и другими специалистами, их госпитализации при недостаточной успешной терапии.

Для лечения гипотрофии (в условиях стационара) применяют курсами сосудорасширяющие и спазмолитические средства (эуфиллин, компламин, витамин Е), токолитики (партусистен и др.), а также метионин, глюкозу, сигетин. Сигетин улучшает кровообращение в системе маточно-плацентарных сосудов. Глюкоза усваивается организмом плода. Корректируются недочеты питания беременной, при необходимости назначаются белковые препараты и витамины. В условиях женской консультации можно применять метионин, витамины и глюкозу.

Крупный (гигантский) плод представляет

значительные затруднения для процесса родов. При данной особенности развития часто возникают травмы плода и родовых путей матери. Определение крупных размеров плода имеет большое значение для профилактики акушерских травм. Причинами большого роста и увеличения массы тела плода могут быть избыточное питание матери (особенно избыток углеводов), эндокринные нарушения (в том числе сопровождающиеся ожирением), особенно диабет. Плод крупных размеров бывает не только у женщин, больных диабетом, но также при предиабете, характеризующемся изменением углеводного обмена при отсутствии выраженных клинических признаков заболевания. Избыточная масса плода наблюдается при гемолитической болезни, особенно отечной форме заболевания. Частота беременности крупным плодом, по данным литературы, составляет 6—10% и не имеет тенденции к снижению.

Распознавание крупных размеров плода возможно при обычных методах исследования, но особенно ценные сведения дает ультразвуковая фетометрия (см. с. 37).

Профилактике способствует правильное питание беременной, а также лечение заболеваний, предрасполагающих к развитию крупного плода (диабет, ожирение и др.).

Переношенный плод. О перенашивании беременности и перезревании плода судят на основании увеличения срока беременности (42 нед и более или 294 дня и более) и данных объективного исследования, которые могут быть недостаточно выраженными.

Для перенашивания беременности характерны: прекращение нарастания массы тела беременной в последние недели, уменьшение окружности живота на 5—10 см, маловодие, усиление или ослабление движений плода, изменение частоты, ритма и тембра сердечных тонов, большие размеры плода, плотность костей головки, наличие ядра окостенения проксимального эпифиза большеберцовой кости, высокое стояние дна матки, снижение экскреции эстрогенов (особенно эстриола).

В условиях стационара применяют амниоскопию, исследование биохимических особенностей околоплодных вод (для перенашивания характерны уменьшение содержания глюкозы, увеличение концентрации мочевины, числа клеток плоского эпителия и др.). Следует отметить, что при наличии признаков перезрелости переношенный плод может иметь обычную или даже пониженную массу тела.

Если имеются признаки перенашивания, то беременную направляют в стационар, где проводят профилактику гипоксии и других нарушений у плода (сигетин, глюкоза, сочетание этих препаратов, триада Николаева и др.) и возбуждение родовой деятельности. Перенашивание следует отличать от физиологического пролонгирования беременности. По причинам, еще недостаточно выясненным, созревание плода у некоторых беременных происходит замедленно и заканчивается на 1—2 нед (и более) позднее обычного срока внутриутробной жизни. В соответствии с этим роды запаздывают, но без ущерба для матери и плода. При физиологическом пролонгировании беременности отсутствуют признаки перенашивания (стабилизация массы тела беременной, уменьшение количества околоплодных вод, изменение сердечной деятельности плода, снижение экскреции эстриола и др.). Плод может иметь обычные размеры или быть крупнее обычного. Дифференциальной диагностике истинного перенашивания и физиологически пролонгированной беременности способствуют амниоскопия, амниоцентез и исследование околоплодных вод. При наличии признаков пролонгирования беременности спешить с возбуждением родов не следует; оно производится при возникновении показаний.

Диагноз истинного перенашивания и физиологического пролонгирования беременности устанавливается в стационаре в связи с необходимостью применения специальных методов исследования.

Глава 3. ГИГИЕНА БЕРЕМЕННЫХ

3.1. РЕЖИМ И ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОЙ

Физиологические изменения, возникающие в период беременности, оказывают благоприятное действие на организм здоровой женщины, способствуя полному развитию важнейших функциональных систем. В этих условиях беременность, как правило, переносится легко. Однако нарушения правил гигиены, неправильное питание, избыточное физическое и психическое напряжение могут вызвать нарушение физиологических процессов и возникновение осложнений беременности. У женщин с признаками задержки развития половой системы, перенесших гинекологические и экстрагенитальные заболева-

ния, стрессовые ситуации и другие патологические состояния, нарушение физиологических процессов, присущих беременности, может произойти даже при незначительных нарушениях общего режима и правил гигиены.

Беременная должна соблюдать правила гигиены, способствующие сохранению ее здоровья, правильному развитию плода, профилактике осложнений беременности и родов.

При правильном образе жизни беременность не вызывает необходимости внесения существенных изменений в общий режим. Здоровые беременные женщины выполняют привычную физическую и умственную работу, являющуюся потребностью каждого человека, в том числе беременной женщины. Работа способствует правильной функции нервной, сердечно-сосудистой, мышечной, эндокринной и других систем, мышц, суставов, связочного аппарата и др. Труд, особенно сопряженный с двигательной активностью, необходим для правильного обмена веществ.

Известно, что при движениях происходит усиленная афферентация в центральную нервную систему. В ответ на нее развиваются эфферентные процессы, активирующие функции многих органов и обмен веществ, а также приспособительные и защитные реакции организма.

Практика показывает, что гиподинамии беременных сопутствуют ожирение, снижение тонуса мышечной системы, функций кишечника (запоры), слабость родовых сил и другие осложнения. Следует рекомендовать физические упражнения (см. с. 57), оказывающие положительное влияние на течение беременности и родов. В то же время беременная должна избегать повышенных нагрузок, вызывающих физическое и умственное переутомление.

Врач консультации следит за выполнением законодательства, охраняющего здоровье будущей матери. Беременные не привлекаются к труду в ночное время, к сверхурочной работе, к работам, связанным с подъемом и перемещением тяжестей, вибрацией, воздействием высокой температуры, радиации, ряда химических веществ и других агентов, способных оказать вредное влияние на организм матери и плода. Беременным запрещаются езда на велосипеде и других видах транспорта, сопряженных с вибрацией и сотрясанием тела, все виды спорта, связанные с бегом, прыжками, резкими движениями и эмоциональным напряжением.

Рекомендуются прогулки, оказывающие благотворное действие, а также использование других возможностей для длительного пребывания на свежем воздухе. Прогулки должны совершаться в любое время года. Продолжительность и темп ходьбы следует соразмерять со степенью тренированности, возрастом и состоянием здоровья беременной.

Весьма важен хороший сон продолжительностью не менее 8 ч в сутки. В случае нарушений сна предпочтительны гигиенические меры (прогулки перед сном, оптимальная температура и свежий воздух в комнате и др.); применение снотворных средств нежелательно. По показаниям назначают препараты валерианы и пустырника.

Серьезного внимания заслуживают вопросы половой гигиены. Теоретически оправдано воздержание от половой жизни в течение всей беременности, потому что значительные колебания гемодинамики в бассейне сосудов половой системы нельзя признать физиологическими. Более того, они могут способствовать прерыванию беременности, особенно у женщин с признаками инфантилизма, перенесших воспалительные и другие заболевания половых органов, имеющих осложненный акушерский анамнез. Гиперемия половых органов, разрыхление слизистых оболочек влагалища и шейки матки содействуют развитию воспалительных заболеваний в случае занесения патогенной флоры при половой жизни. Известно, что указанные изменения содействуют возникновению гонорейного кольпита беременных (в случае инфицирования гонококками), который у небеременных женщин возникает редко в связи с тем, что многослойный плоский эпителий слизистой оболочки влагалища не является благоприятной средой для развития гонорейного процесса. Возможно заражение трихомонадами, дрожжеподобными грибами, микоплазмами, вирусами, которые вызывают у беременных кольпит и цервицит. Однако полное запрещение половой жизни практически невыполнимо, поэтому следует ограничить ее в течение первых 2—3 мес и запретить в последние месяцы беременности.

Категорически запрещаются курение и употребление алкоголя как факторы, оказывающие вредное действие на организм беременной и плода.

Беременная должна избегать контакта с больными инфекционными заболеваниями. Необходимо устранить

все очаги инфекции, возникшие до и во время беременности (ангина, тонзиллит, карлес и другие воспалительные заболевания стоматологического профиля, кольпит, фурункулез и др.).

Уход за кожей во время беременности имеет очень большое значение. Известно, что кожа чрезвычайно богата нервными окончаниями, воспринимающими температурные, тактильные, световые, химические и другие воздействия внешней среды. Чувствительные нервные волокна, идущие от кожных рецепторов, входят в состав спинномозговых и черепных нервов. В кожу вступают вегетативные нервные волокна, иннервирующие сосуды, железы и гладкие мышцы. Посредством нервной системы кожа связана со всеми системами организма. Она выполняет важные функции: защитную (от механического воздействия, химических раздражителей, проникновения микробов и др.), дыхательную (выделяет углекислоту, поглощает кислород, особенно при физической работе, повышении температуры среды и др.), абсорбционную (всасывание некоторых веществ), выделительную (потовые и сальные железы выделяют продукты обмена, подлежащие выведению из организма); кожа участвует в терморегуляции [Калантаевская А. К. и др., 1959]. Необходимо следить за чистотой кожи (душ, ванны, обтирания), что способствует осуществлению выделительной, дыхательной и других функций кожи, благотворно действует на сосудистую и нервную систему, регулирует сон и другие виды деятельности организма.

Здоровым беременным рекомендуются воздушные и солнечные ванны. Продолжительность воздушных ванн сначала 5—10 мин, а по мере закаливания 15—20 мин при температуре воздуха 20—22°C. При других температурных условиях и в зависимости от степени тренированности режим воздушных ванн меняется (или они не рекомендуются). Солнечные ванны назначает врач в зависимости от климато-географических условий, но с учетом их полезности при рациональном использовании. Следует избегать интенсивного действия солнечных лучей.

В зимнее время желательно общее ультрафиолетовое облучение, по согласованию и под наблюдением физиотерапевта.

Во время беременности нецелесообразны гигиенические спринцевания (отторжение разрыхленного эпителиального покрова). При наличии кольпита и цервицита

спринцевания ограничиваются, проводится лечение соответствующими препаратами.

В условиях женской консультации начинается профилактика трещин сосков и маститов. В основном она сводится к ежедневному обмыванию молочных желез комнатной водой с мылом (предпочтительно детским) и последующему обтиранию жестким полотенцем. При сухой коже за 2—3 нед до родов полезно ежедневно смазывать кожу молочных желез, включая ореолу, нейтральным кремом («Детский», «Ромашковый», «Люкс» и др.). Применяются воздушные ванны молочных желез по 10—15 мин несколько раз в день. При плоских и втянутых сосках рекомендуется массаж, которому женщину обучают врач или акушерка. Следует носить удобные бюстгалтеры (желательно хлопчатобумажные) не стесняющие грудную клетку. Молочные железы должны находиться в приподнятом положении, чтобы предупредить возникновение застойных явлений.

Для профилактики мастита следует выявлять беременных, ранее страдавших этим заболеванием, наличие гнойной инфекции любой локализации в течение настоящей беременности, мастопатию и другие виды патологии молочных желез. В обменной карте таких беременных отмечается риск возникновения мастита.

Одежда беременной должна быть удобной, не стеснять грудную клетку и живот. Предпочтительны хлопчатобумажные изделия, которые можно часто менять и стирать (желательно с кипячением). Не следует носить одежду из тканей, затрудняющих дыхательную, выделительную, терморегулирующую и другие функции кожи (из ацетатных, вискозных и других волокон). Нельзя носить круглые резиновые подвязки, трико с тугими резинками на ногах и на поясе (во избежание застойных явлений в области ног, гипостатических отеков и др.). Во второй половине беременности рекомендуется ношение бандажа. Бандаж поддерживает, но не сдавливает живот; его надевают утром, в положении лежа.

Обувь должна быть удобной, на низком каблуке. Обувь на высоком каблуке усиливает напряжение мышц спины и нижних конечностей, связочного аппарата позвоночника, голеностопного, коленного и других суставов. Ношение обуви на высоком каблуке вызывает утомление беременной.

3.2. ПИТАНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Рациональное питание — необходимое условие для развития всех физиологических процессов, совершающихся в организме беременной, правильного развития плода, нормального течения родов и послеродового периода. Правильное питание является важным фактором профилактики анемии, токсикозов, гипотрофии плода, аномалий родовых сил и других осложнений беременности и родов. Предложено много схем и рационов питания беременных. Современные научные данные изложены в трудах сотрудников Института акушерства и гинекологии АМН СССР (Ленинград) и Института педиатрии, акушерства и гинекологии (Киев).

Под рациональным питанием понимают: 1) полноценность и разнообразие пищевых продуктов, соответствующих потребностям беременной и плода; 2) режим питания — правильное распределение пищевого рациона в течение дня.

Пищевой рацион беременных должен включать белки, жиры, углеводы, витамины, электролиты, микроэлементы, воду. При составлении рациона учитываются такие факторы, как рост и масса тела, срок беременности, характер трудовой деятельности, географические условия, времена года [Пап А. Г. и др., 1978].

При ожирении или склонности к нему рекомендуется уменьшение калорийности рациона. Беременной пониженного питания следует повысить калорийность пищи при сохранении оптимальных соотношений между составными частями пищи. Этот принцип применим также в отношении женщин трудовой деятельности которых сопряжена с затратой энергетических ресурсов.

В течение первой половины беременности суточный рацион женщины среднего роста (155—165 см) и со средней массой тела (55—60 кг) должен иметь калорийность 2400—2700 ккал и содержать 110 г белков, 75 г жиров, 350 г углеводов. Во второй половине беременности количество белков увеличивается до 120 г, жиров — до 85 г, углеводов — до 400 г, калорийность — до 2800—3000 ккал в сутки. Подбор продуктов питания осуществляется с учетом содержания в них витаминов, микроэлементов и жидкости [Пап А. Г. и др., 1978].

Примерный набор продуктов, рекомендуемых при составлении суточного рациона во второй половине нормаль-

ной беременности (Институт акушерства и гинекологии АМН СССР):

Хлеб пшеничный	100—120 г	Мясо или рыба	200 г
» ржаной	100—120 г	Фрукты свежие	150—200 г
Молоко	500 мл	» сухие	50 г
Масло сливочное	40 г	Картофель	200 г
» растительное	30 г	Другие овощи	400—500 г
Яйцо	1 шт.	Крупы	50 г
Сахар	30—40 г	Мука	30 г

Существеннейший ингредиент рациона — белок — содержится в продуктах животного и растительного происхождения. Рекомендуется включить в рацион 50% белка животного происхождения (за счет мяса и рыбы — 25%, молока и молочных продуктов — 20%, яиц — 5%); остальные белки должны быть растительного происхождения (хлеб, крупы, овощи и др.).

Во время беременности особенно полезны продукты, содержащие полноценные белки и незаменимые аминокислоты: молоко, кефир, творог, простокваша, отварное мясо и рыба, неострый сыр. Во второй половине беременности не рекомендуются блюда, содержащие экстрактивные вещества (бульоны, пряности, копчености), продукты, содержащие много соли. Полезны овощные, молочные и фруктовые супы.

Потребность в углеводах удовлетворяется за счет продуктов, богатых растительной клетчаткой (хлеб грубого помола, овощи, фрукты, ягоды), которые содержат также витамины, микроэлементы, минеральные соли.

Рекомендуется употребление растительных жиров (до 40% общего количества их); подсолнечного, кукурузного, оливкового масел. Из животных жиров предпочтительны сливочное и топленое масло (свиной, говяжий, бараний жир, маргарин не рекомендуются).

Количество свободной жидкости (вода, чай, молоко, компот, суп) должно составлять 1—1,2 л. В конце беременности введение жидкости ограничивается (0,7—0,8 л).

Потребность в витаминах во время беременности возрастает примерно в 2 раза. Она покрывается в результате употребления продуктов растительного и животного происхождения (хлеб грубого помола, крупы, картофель, бобовые, ягоды, фрукты, мясо, творог, молоко, сливочное масло и др.). Зимой и весной необходимо назначать витамины группы В, С, РР, А, D, Е. Беременным рекомендуется драже «Гендевит» — поливитаминный препарат,

содержащий ретинол, тиамин-хлорид, рибофлавин, пиридоксин, никотинамид, эргокальциферол, цианокобаламин, аскорбиновую кислоту, пантотенат кальция, токоферол, фолиевую кислоту в дозах, покрывающих потребности организма беременной и плода. Выпускаются также другие поливитаминные драже и таблетки. Витаминные препараты назначаются при необходимости, поскольку их избыток вреден (для матери и плода) так же, как и недостаток. Следует учитывать также возможность возникновения аллергических реакций.

С развитием беременности возрастает потребность организма матери и плода в минеральных солях (калий, кальций, фосфор и др.) и микроэлементах (железо, медь, кобальт и др.). Эти вещества входят в состав рекомендуемых ингредиентов пищевого рациона и потребность в них при правильном питании полностью удовлетворяется [Пап А. Г. и др., 1978]. Особенно важно, чтобы в пище было достаточное количество железа.

Пища должна быть вкусно приготовленной и не обременять органов пищеварения. В первой половине беременности пищу следует принимать 4, во второй — 5—6 раз в день. При частом приеме умеренных количеств пища усваивается лучше. Желательно принимать пищу в определенные часы дня, что способствует условно-рефлекторному возбуждению подкорковых структур, регулирующих функции пищеварения. Первый завтрак (8—9 ч) должен содержать около 30% калорийности суточного рациона, второй завтрак (11—12 ч) — 20%, обед (14—15 ч) — 40%, ужин (18—19 ч) — 10%; вечером — 1 стакан кефира.

Во второй половине беременности следует уменьшить количество поваренной соли, особенно при склонности к отекам.

1.2. ФИЗИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Не подлежит сомнению благотворное влияние разумной двигательной активности на организм беременной, а следовательно, и на развитие плода. Усиление деятельности важнейших систем и органов матери способствует доставке плоду оптимальных количеств кислорода, пластических, энергетических и других веществ, определяющих его нормальное развитие. Кроме движений, совершаемых в условиях труда и быта (включая ходьбу), беременным следует рекомендовать специально подобран-

ные комплексы физических упражнений, укрепляющих здоровье, способствующих профилактике осложнений беременности и родов.

Известно, что физические упражнения, выполняемые под контролем врача, повышают трудоспособность, функции сердечно-сосудистой, нервной и мышечной систем, опорно-двигательного аппарата, обмен веществ, физиологические функции внутренних органов. Приток в центральную нервную систему афферентных импульсов, связанных с физическими упражнениями, способствует корреляции функций различных систем организма, обеспечивающих развитие физиологических изменений, присущих беременности. Усиление нейрогуморальных связей между функционирующей мышечной системой, корой больших полушарий мозга, подкоркой и внутренними органами способствует повышению сопротивляемости организма к действиям неблагоприятных факторов и предупреждению заболеваний. Физические упражнения оказывают положительное воздействие на эмоциональную сферу, что имеет существенное значение для нормального течения беременности.

Комплекс физических упражнений в период беременности предусматривает укрепление мышц всего тела, особенно передней брюшной стенки и тазового дна, увеличение подвижности суставов таза и позвоночника, улучшение внешнего дыхания.

Все указанные изменения положительно влияют на организм не только матери, но и плода. В результате теснейших гуморальных и рефлекторных связей между матерью и плодом (Гармашова Н. Л. и соавт.) все физиологические процессы, совершающиеся в организме беременной, оказывают благоприятное влияние на газообмен, питание, развитие органов и важнейших функциональных систем плода.

Выполнение циклов физических упражнений в период беременности способствует тому, что роды протекают быстрее и легче. Реже наблюдаются аномалии родовых сил, травмы родовых путей, кровотечения в раннем послеродовом периоде. Отмечено также снижение числа заболеваний у рожениц, занимавшихся физкультурой раньше и продолжавших выполнять физические упражнения после родов.

Физические упражнения показаны всем женщинам при нормальном течении беременности. По разрешению тера-

певта и под его контролем физические упражнения назначаются также беременным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в компенсированной форме.

Физкультура противопоказана беременным, страдающим декомпенсированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, тромбофлебитом, туберкулезом легких (активная форма, кровохарканье и др.), нефрозом, пиелонефритом, мочекаменной болезнью, выраженными токсикозами первой и второй половины беременности, а также при самопроизвольных выкидышах в анамнезе.

Больным женщинам могут быть рекомендованы специальные упражнения (дыхательная гимнастика и др.), корригирующие наблюдающиеся у них функциональные нарушения. Комплексы таких упражнений должны соответствовать принципам лечебной физкультуры, принятым в отношении заболеваний различных систем организма. Занятия лечебной физкультурой больным беременным разрешают и контролируют терапевт и врач по лечебной физкультуре; обычно их проводят в условиях стационара.

Во время беременности исключаются физические упражнения, сопряженные с сотрясениями тела, прыжками, резкими поворотами, силовыми приемами и вызывающие значительное утомление.

Физкультурные упражнения назначает врач женской консультации после тщательного обследования беременных. Он же осуществляет контроль за проведением занятий и реакцией организма, а также определяет объем последующих нагрузок. Акушер-гинеколог пользуется консультативной помощью врача по лечебной физкультуре и терапевта.

Известно несколько систем физических упражнений, рекомендованных для беременных, родильниц и гинекологических больных [Прибылов К. Н., Федяева Л. П., 1962; Лебедев А. А. и др., 1962], а также метод сочетанной физиопсихопрофилактической подготовки к родам [Петров-Маслаков М. А., Старцева Л. Н., 1963]. Последний включает психопрофилактическую подготовку, физическую подготовку и применение физиотерапевтических процедур. Психопрофилактическая подготовка основана на известных принципах. Физическая подготовка включает: 1) обучение беременных выполнению специально подобранных упражнений; 2) проведение гимнастических занятий по специальной программе при соблюдении посильных нагрузок и их последовательности. Каждому занятию

предшествует разъяснение значения упражнений, необходимости координации дыхательных упражнений с деятельностью скелетной мускулатуры для устранения гипоксии в родах.

Физиотерапевтические процедуры в основном сводятся к общему ультрафиолетовому облучению (вначале $1/2$ биодозы, в дальнейшем прибавление $1/4$ биодозы при каждом сеансе). При высоком расположении ртутно-кварцевых ламп возможно сочетание облучения с воздушными ваннами.

Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам — вполне обоснованная мера профилактики ряда осложнений беременности и родов.

Для женских консультаций обычного типа более доступна система упражнений, не требующая специального оборудования (Федорова Г. С.) (рис. 8). Система физических упражнений меняется в зависимости от срока беременности. До 16 нед упражнения выполняются в медленном темпе в положении стоя, сидя и лежа (рис. 8, упражнения 1—12). Упражнения предусматривают усиление деятельности всех групп мышц, а также обучение владению дыханием. Продолжительность занятий 20—25 мин (для женщин, ранее не занимавшихся физкультурой, 15 мин).

В срок беременности 16—24 нед применяются упражнения, укрепляющие мышцы спины, передней брюшной стенки, действующие на тазобедренные суставы, а также дыхательная гимнастика. Упражнения производятся в положении стоя, сидя, лежа и на четвереньках. В сроки от 24 до 32 нед применяются эти же упражнения (рис. 8, упражнение с 19 по 26), но с учетом значительного увеличения размеров матки. При наличии гипостатических отеков на ногах к этим упражнениям добавляются движения, корригирующие застойные явления в венозной системе нижних конечностей.

В более поздние сроки (32—36 нед) половина всех упражнений (рис. 8, упражнения 27—37) выполняется в положении сидя и лежа, преимущественно в медленном темпе. Ограничиваются упражнения для туловища и ног, увеличивается число упражнений для плечевого пояса и рук.

В конце беременности рекомендуются те же упражнения, но преимущественно в положении лежа [Федорова Г. С., 1976].

В процессе занятий врач объясняет женщинам значе-

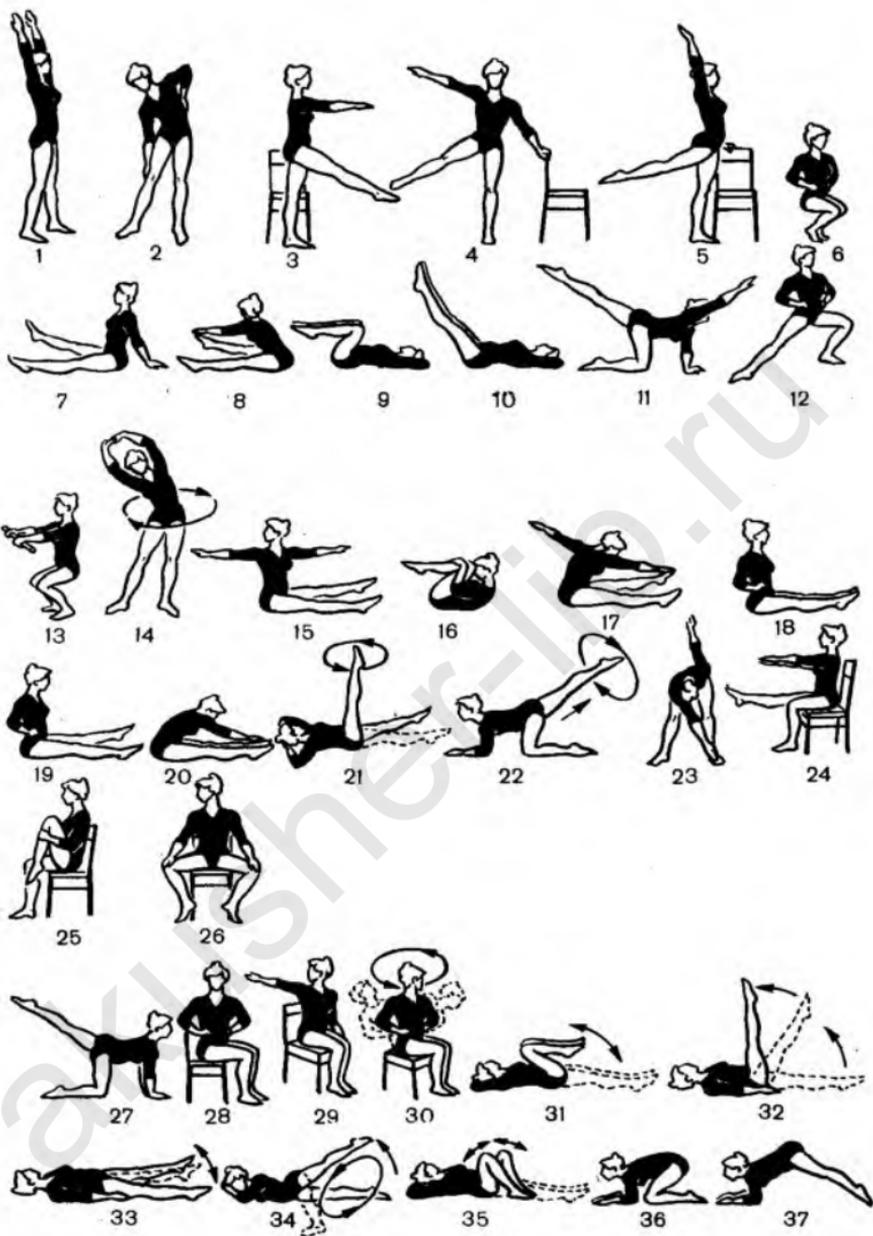


Рис. 8. Комплексы основных физических упражнений в различные сроки беременности.

1—12 — в первые 16 нед беременности; 13—26 — с 16-й по 32-ю неделю беременности; 27—37 — с 32-й по 36-ю неделю беременности.

ние упражнений для течения беременности и родов, развития плода.

Во второй половине беременности физические упражнения сочетаются с психопрофилактической подготовкой к родам.

3.4. ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К РОДАМ

Изучению теоретических основ и методов обезболивания родов посвящены многочисленные исследования в нашей стране и за рубежом. Поиски методов обезболивания и их практические применения представляют собой пример гуманного отношения врача к беременной, его стремление избавить роженицу от болей и отрицательных эмоций, связанных с болевыми ощущениями.

Обезболивание родов практикуется более 100 лет. В разработке методов борьбы с родовой болью приняли активное участие крупные акушеры нашей страны (А. Я. Крассовский, И. П. Лазаревич, В. А. Курдиновский, Б. А. Архангельский, А. Ю. Лурье, А. П. Николаев, К. Н. Жмакин, Ф. А. Сыроватко, М. А. Петров-Маслаков и др.).

В прошлом и в начале текущего столетия изучались медикаментозные методы обезболивания родов, имеющие наряду с достоинствами (снижение или устранение болевых ощущений) и недостатки. К ним относятся: 1) недоступность обезболивания в течение многих часов (период раскрытия и изгнания) в связи с необходимостью использования значительных количеств обезболивающих средств; 2) переход анальгезирующих препаратов в организм плода и риск отрицательного воздействия на его важнейшие функции; 3) возможность торможения сократительной деятельности матки при дозах, обеспечивающих анальгезирующее действие, и др. В прошлом в некоторых учреждениях прибегали к методу словесного внушения (гипноз), но он не нашел широкого распространения.

В настоящее время происходит совершенствование методов медикаментозного обезболивания родов с использованием современных фармакологических препаратов и их сочетаний. При использовании ряда методов обезболивающие средства применяются в комплексе со спазмолитиками, транквилизаторами и другими препаратами, что повышает эффект обезболивания и способствует предупреждению ряда осложнений.

В связи с совершенствованием методов медикаментозного обезболивания родов в ряде учреждений не практикуется в должной мере психопрофилактическая подготовка к родам. Основанием для этого, в частности, является скептическое отношение к обезболивающему эффекту психопрофилактики.

В процессе родов происходит значительное раздражение нервных окончаний, волокон, сплетений в результате сокращений матки, сдавления ее предлежащей частью, растяжения связочного аппарата, смещения параметрия и др. При этом образуется мощный поток афферентной импульсации в центральную нервную систему, где формируются болевые ощущения.

Согласно учению о родовой боли (Платонов К. И., Вельвовский И. И., Николаев А. П., Сыроватко Ф. А. и др.), в формировании последней участвует также психогенный (условнорефлекторный) компонент, основой которого являются страх перед болью, убежденность в ее неизбежности, воспитанная сложившимися представлениями о родах, которым всегда сопутствует боль. Этот психогенный компонент способствует усилению болевых ощущений, происхождение которых связано с раздражением нервной системы матки и других отделов родовых путей.

Целью психопрофилактической подготовки к родам являются устранение психогенного компонента родовой боли, перестройка представления о ее неизбежности, снятие страха и опасений. Психопрофилактика способствует созданию нового представления о родах, как благополучно протекающем физиологическом процессе, при котором сильная боль не является обязательной.

В процессе психопрофилактической подготовки врач внушает беременной необходимость спокойного и активного поведения во время родов, знакомит ее с основными сведениями о физиологии родов, их течении и с ощущениями в периоде раскрытия, изгнания, отделения и выделения последа. При этом он подчеркивает необязательность сильных болевых ощущений, разъясняет сущность и методику приемов, способствующих ослаблению болей.

Психопрофилактическую подготовку врач консультации практически начинает с самого начала беременности. Ознакомление с анамнезом, выяснение отношения беременной к будущим родам, разъяснение физиологической сущности родов и необязательности страданий при них, устранение беспокойства и страха оказывают благоприят-

ное воздействие на психику женщины. Такой контакт врача консультации с беременной является важнейшим компонентом психопрофилактической подготовки к родам. Систематические занятия по психопрофилактике начинаются с 32—35 нед беременности. Они сводятся к проведению бесед (лекций) и обучению приемам, имеющим целью обеспечить правильное поведение женщины во время родов и снизить интенсивность болевых ощущений.

В психопрофилактике значительную роль играют педагогические факторы.

Рекомендуются следующие темы бесед [Петров-Маслаков М. А. и др., 1963]:

1. Строение и функции половых органов (2—3 беседы).
2. Зачатие и развитие плода (1—2 беседы).
3. Изменения в организме женщины во время беременности (2 беседы).
4. Гигиена беременности (питание, одежда, личная гигиена и др.) (2 беседы).
5. Влияние факторов внешней среды на течение беременности и развитие плода (2 беседы).
6. Гигиеническое значение физической культуры во время беременности (1—2 беседы).
7. Сущность родового акта и основы правильного поведения роженицы (2 беседы).
8. Послеродовой период (1 беседа).
9. Гигиена родильницы (1 беседа).
10. Роль женской консультации в охране здоровья женщины-матери и ребенка (1—2 беседы).

Каждая беседа состоит из лекционно-демонстрационной части (15—20 мин) и ответов на вопросы, возникающие у беременных.

Правила и приемы психопрофилактической подготовки изложены в учебниках [Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., 1979], руководствах и монографиях [Вельвовский И. З., Николаев А. П., 1959, и др.]; они хорошо знакомы врачам женских консультаций. Суть приемов обезболивания состоит в следующем.

Беседы о физиологии родов устраняют страх перед родами. Беременная успокаивается, у нее возникает сознательное отношение к родам, требующим соблюдения соответствующих правил поведения. Беременная осваивает специальные приемы подготовки, состоящие из дыхательных, двигательных и психологических компонентов. Эти приемы ассоциируются с убеждением в том, что их выполнение снизит болевые ощущения и обеспечит нормальное течение родов. Беременная осваивает приемы, способствующие экономному расходованию сил и активному участию в процессе родов. За время подготовки беременная

овладевает анальгезирующими приемами пальпации (поглаживание, прижатие участка кожного покрова к внутренней поверхности передневерхних остей и наружным углам пояснично-крестцового ромба в сочетании с глубоким и ритмичным дыханием), самомассажа (пояснично-крестцовой области) и релаксации в соответствующие моменты родов (в паузы между схватками и потугами).

Психопрофилактическая подготовка к родам является крупным достижением акушерской науки и практики. Опубликованы многочисленные исследования, указывающие снижение числа осложнений в родах у женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку. Отмечается также уменьшение числа случаев асфиксии и родовых травм у новорожденных, матери которых выполняли все правила и приемы, усвоенные ими в процессе психопрофилактической подготовки.

Особо важное значение имеет психопрофилактическая подготовка для беременных, у которых в прошлом наблюдались осложнения и оперативные вмешательства в родах, затяжные роды, мертворождения, послеродовые заболевания и другие патологические процессы.

При сочетании психопрофилактической подготовки с применением физических факторов (облучение кварцевой лампой и др.) метод носит название физиопсихопрофилактической подготовки к родам. Такая подготовка относится к числу важных видов деятельности женских консультаций. Гуманное значение этой работы, ее роль в снижении осложнений в родах не подлежат сомнению.

Глава 4. ФАКТОРЫ РИСКА АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Опыт практической работы и результаты научных исследований указывают на возможность предвидения, а следовательно, и профилактики акушерской патологии.

Нарушения детородной функции возникают под влиянием патогенных факторов, действующих на организм в разные периоды его развития. Существенное значение имеет неблагоприятное влияние на репродуктивную систему в периоды антенатальной жизни, детства, полового созревания и в зрелом возрасте. Различные по характеру патогенные агенты могут вызвать аналогичные или сходные

последствия: 1) задержку или замедление развития половых органов; 2) несовершенство функций нейроэндокринных структур, регулирующих деятельность репродуктивной системы; 3) пороки развития (реже) половых органов.

Задержке развития половых органов и несовершенству регуляции их функций часто сопутствуют недостаточность других систем организма, ответственных за осуществление реакций адаптации к изменяющимся условиям внешней среды.

В связи с этим во время беременности не возникают или бывают несовершенными многочисленные физиологические приспособительные изменения, необходимые для ее благополучного течения. Это является причиной невынашивания беременности, токсикозов, гипохромной анемии и других осложнений беременности, имеющих различную клиническую картину. Недостаточность механизмов адаптации способствует также проявлению диабета, сосудистой патологии, нарушений деятельности щитовидной железы, надпочечников, а также других заболеваний и функциональных расстройств, имевших скрытое течение до наступления беременности.

Риск возникновения разных видов акушерской патологии возможен при следующих особенностях анамнеза и данных объективного исследования.

1. Малая масса тела женщины при рождении, недоношенность, асфиксия, родовые травмы, инфекционные и другие заболевания, перенесенные ею в периоде новорожденности.

2. Острые и хронические и инфекционно-аллергические заболевания (респираторные вирусные заболевания, ангина, тонзиллит, инфекционный паротит, болезнь Боткина, туберкулез и др.) в детском возрасте и в периоде полового созревания. Особое значение имеют: большое число перенесенных заболеваний, повторность их (ангина и др.), длительность и тяжесть течения.

Указанные заболевания нередко тормозят анатомическое и функциональное развитие половой системы, а следовательно, и нормальное развитие беременности, если она возникает.

3. Особенности становления и характер менструальной функции. Осложнения беременности нередко возникают у женщин с запоздалым (позднее 14—15 лет) или преждевременным (в 11, 10 лет и ранее) началом менструаций, с неустановившимся ритмом или поздним (более 6—7 мес)

установлением менструальных циклов, а также у лиц с нарушениями менструальной функции в зрелом возрасте.

4. Существует риск возникновения акушерской патологии при беременности, возникшей после продолжительного бесплодия, в результате стимуляции овуляции, резекции яичников (склерокистоз), а также у женщин с признаками угрожающего выкидыша при данной беременности. Следует учитывать возможность аномалий развития плода (гипотрофия, функциональная незрелость, пороки развития).

5. Ранние и поздние токсикозы, гипохромная анемия и другие осложнения часто развиваются при беременности, возникшей на фоне существующих заболеваний: пиелонефрита, гепатобилиарной патологии, пороков сердца, гипертонической болезни, артериальной гипотонии, диабета, нарушения функций надпочечников и щитовидной железы, туберкулеза и других заболеваний. Беременные с указанными заболеваниями относятся к группе высокого риска акушерской патологии.

6. Осложнения беременности возникают при ожирении, а также упадке питания (несбалансированное или недостаточное питание, заболевания и функциональные нарушения пищеварительных органов). Особенно неблагоприятна высокая степень ожирения.

7. Проявления общего и генитального инфантилизма всегда представляют риск в отношении возникновения акушерской патологии. Следует отметить известную акушерам-гинекологам частоту несоответствия проявлений генитального инфантилизма общему физическому развитию женщин. Недоразвитие матки (инфантильная матка, гипоплазия ее, характеризующаяся обычным соотношением длины тела и шейки) и гипофункция яичников могут наблюдаться у физически развитых (нормальный рост и телосложение) женщин, а не только имеющих проявления универсального инфантилизма. О недоразвитии половой системы можно судить по данным анамнеза, на основании сведений о менструальной и генеративной функциях (частые заболевания, о том числе инфекционные, в детстве и в периоде полового созревания, запоздалое начало и неправильность в становлении менструальной функции, первичное бесплодие, самопроизвольное прерывание первой беременности и др.), а также по данным общего и гинекологического исследования до наступления данной беременности.

В течение 12—14 нед беременности, возникшей на фоне недоразвития половых органов, могут отмечаться отставание роста матки (примерно на 2 нед), плотноватая ее консистенция, недостаточно выраженный признак Горвица—Гегара. Если беременность сохраняется, то при дальнейшем развитии ее все указанные признаки исчезают.

Известно, что инфантилизм представляет риск в отношении преждевременного прерывания беременности. При этом угроза выкидыша соответствует степени анатомического и функционального недоразвития половых органов. Однако функциональная недостаточность эндокринной, сосудистой и других систем, нередко сопутствующая инфантилизму, является фоном, предрасполагающим к развитию ранних и поздних токсикозов, гипохромной анемии и осложнений родов (слабость и дискоординация родовых сил, гипотонические кровотечения и др.).

8. В группу риска включаются беременные с аномалиями развития половых органов, которым часто сопутствует гипофункция яичников, нарушающая нормальное течение беременности.

9. Реальным фактором риска возникновения акушерской патологии являются искусственные аборты, предшествующие настоящей беременности. Искусственные аборты, особенно прерывание первой беременности, относятся к числу частых причин привычных выкидышей. Если самопроизвольное прерывание первой беременности чаще всего связано с инфантилизмом и сопутствующей гипофункцией яичников, то привычные выкидыши после искусственного аборта являются следствием вторично возникшей недостаточности функций яичников, эндометрия и истмического отдела матки. Истмико-цервикальная недостаточность чаще всего возникает вследствие повреждений перешейки и круговой мускулатуры, окружающей внутренний зев (сфинктер) при искусственном прерывании беременности (реже при диагностическом выскабливании, родах крупным плодом, родоразрешающих операциях).

При истмико-цервикальной недостаточности выкидыш чаще происходит в поздние сроки (12—14 нед и позже), нередко без предшествующих выраженных признаков (кровотечение, болезненные схватки).

При искусственном аборте возникают резкое раздражение и даже повреждение нервных окончаний, возникает

патологическая импульсация в область солнечного сплетения и вегетативных центров гипоталамуса. На деятельность гипоталамо-гипофизарной системы влияет также внезапное, насильственное прекращение эндокринной функции желтого тела беременности и хориона. При повторных абортах изменения в гипоталамо-гипофизарной системе могут приобрести более или менее стабильный характер, что тормозит развитие приспособительных реакций при вновь возникшей, желанной беременности. Эти условия предрасполагают не только к выкидышу, но также к развитию токсикозов первой и второй половины беременности.

Изменения, связанные с искусственными абортами, являются причиной осложнений в родах и послеродовом периоде (аномалии родовых сил, кровотечения, послеродовые заболевания, гипогалактия и др.).

10. Воспалительные заболевания внутренних половых органов, в том числе возникшие после родов и аборт, могут привести к изменениям, создающим риск возникновения осложнений беременности. Беременность может возникнуть при остаточных явлениях воспалительных заболеваний, реже в хронической стадии их течения. Она может протекать нормально и способствовать устранению остаточных проявлений воспалительного процесса (восстановление сосудистой сети, исчезновение или уменьшение спаек и др.). С другой стороны, нередко наблюдаются осложнения беременности, причинами которых служат: 1) морфологические и функциональные изменения в трубах, нарушающие транспорт и имплантацию оплодотворенной яйцеклетки (эктопическая беременность, несвоевременная и несвоеместная имплантация, заканчивающаяся гибелью зародыша); 2) морфологические и функциональные изменения в эндометрии, тормозящие трансформацию эндометрия, необходимую для нормальной имплантации и последующего развития зародыша (риск выкидыша); имплантация в нижнем отделе матки (угроза преждевременного отслойки плаценты), глубокое врастание ворсин; 3) возможность неадекватной импульсации в вегетативные центры гипоталамуса в связи с изменениями в нервных окончаниях эндометрия при воспалительных заболеваниях. При этом не формируются совершенные механизмы адаптации к беременности, что может обусловить возникновение осложнений беременности, в частности выкидыша и токсикозов.

Таким образом, воспалительные заболевания, особенно сочетающиеся с нейроэндокринными нарушениями, могут представлять риск преждевременного прерывания беременности, токсокозов, аномалий родовой деятельности (следовательно, и кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах), предлежания и преждевременной отслойки плаценты. При воспалительных процессах в области шейки матки и влагалища возможно инфицирование плаценты, оболочек и плода. Инфицирование плодного яйца нередко возникает при истмико-цервикальной недостаточности.

11. Узкий таз имеет неблагоприятное значение не только для родов, но также для течения беременности. Кроме отсутствия фиксации головки в конце беременности (при этом матка оттесняет диафрагму кверху), сравнительной частоты тазовых предлежаний, косых положений, одышки и сердцебиения, нередко наблюдаются поздние токсокозы. К возникновению токсокозов предрасполагают последствия тех заболеваний и функциональных нарушений, которые послужили причиной неправильного развития таза.

12. Особого внимания должны заслуживать беременные, перенесшие ранее кесарево сечение, консервативную миомэктомию и другие операции на матке, в связи с угрозой спонтанных разрывов не только в родах, но и во время беременности.

Разрыв оперированной матки во время беременности — явление редкое, но его необходимо учитывать, особенно в тех случаях, когда наблюдалось осложненное течение послеоперационного периода. В соответствии с этим должен решаться вопрос о досрочной госпитализации указанного контингента беременных женщин. К этой же группе относятся беременные, оперированные по поводу мочеполовых свищей и полного разрыва промежности (III степень), а также перенесшие тяжелые послеродовые заболевания (септический эндомиометрит, метротромбофлебит и др.), которые предрасполагают к несостоятельности матки (дистрофические процессы, фиброз и др.).

13. Проблема повторяемости акушерской патологии в литературе освещена очень мало. Однако практический опыт показывает возможность повторения осложнений, имевших место при прежних беременностях и родах (рвота беременных, признаки угрозы выкидыша, неправильные положения плода, нефропатия, несвоевременное отхожде-

ние вод и др.). Женщины с осложнениями беременности и родов, а также перенесшие акушерские операции и пособия, должны быть выделены в группу, требующую особого внимания врача консультации.

14. У многорожавших женщин, особенно при небольшом интервале между родами, существует угроза осложнений не только во время родов (аномалии родовых сил, кровотечения и др.), но также во время беременности (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, варикозное расширение вен нижних конечностей и половых органов и др.).

15. Фактором риска является несовместимость организма матери и плода по резус-фактору и системе АВ0, особенно при наличии антител и рождении детей с признаками гемолитической болезни. В соответствии с существующими установками каждая беременная исследуется на наличие резус-фактора, а резус-отрицательные — в отношении содержания антител и их динамики.

16. Курение и злоупотребление алкоголем вредны не только для плода (см. 87), но также для организма беременной. Опубликовано много исследований, результаты которых указывают на частоту преждевременного прерывания беременности и других осложнений у курящих и употребляющих алкоголь женщин.

17. Нарушение санитарно-гигиенических условий труда (несоблюдение законодательства по охране труда), в частности воздействие химических соединений, вибрации и др., могут вызвать осложнение беременности (самопроизвольный выкидыш и др.), особенно при недоразвитии половых органов, воспалительных заболеваний, искусственных и самопроизвольных выкидышах в анамнезе. Фактором, способствующим осложненной беременности, является неправильное питание. Отрицательное значение имеет не только недостаточное, несбалансированное питание (недостаток белков, углеводов, липидов, электролитов, микроэлементов, витаминов), но также избыточное питание, излишек поваренной соли, экстрактивных веществ, а также углеводов (особенно хлеба, сахара, картофеля, бобовых), вызывающих ожирение. Правильное питание имеет существенное значение для предупреждения акушерской и перинатальной патологии.

18. Многоплодная беременность и тазовое предлежание плода предрасполагают к возникновению токсикозов, сердечно-сосудистых нарушений, аномалиям положения

плода, а также осложнений в родах. Тазовые предлежания плода не сопровождаются выраженными осложнениями беременности, но представляют риск возникновения перинатальной патологии. Многоплодная беременность и тазовые предлежания отнесены к состояниям, пограничным между нормальным и патологическим процессами и относятся к группе риска.

19. Акушерские осложнения (токсикозы, анемия и др.) нередко наблюдаются у молодых (юных) и пожилых беременных (особенно первобеременных).

20. Риск для плода весьма реален при перенашивании беременности (42 нед и более). При перенашивании нередко возникают осложнения родов (аномалии родовых сил, восходящая инфекция и др.).

Указанные факторы представляют особой риск возникновения основных видов акушерской патологии, в том числе преждевременного прерывания беременности и поздних токсикозов беременных.

Преждевременному прерыванию беременности (самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды) способствуют: 1) генитальный инфантилизм (анатомическое и функциональное недоразвитие половых органов), представляющий собой основную причину самопроизвольного прерывания первой беременности; 2) нейроэндокринные нарушения (дисфункция надпочечников, яичников, щитовидной, поджелудочной и других желез внутренней секреции); 3) предшествующие искусственные аборты и их последствия (нейроэндокринные расстройства, истмико-цервикальная недостаточность, воспалительные процессы); 4) хронический эндомиометрит и сальпингоофорит (которым нередко сопутствует гипофункция яичников), тормозящие развитие физиологических изменений в половых органах, которые необходимы для развития беременности; 5) истмико-цервикальная недостаточность органическая (травмы мускулатуры истмуса и жома внутреннего зева), возникшая в связи с абортами, патологическими родами и акушерскими операциями и функциональная, зависящая от недостаточности половых гормонов, особенно прогестерона; 6) аномалии развития зародыша, связанные с генетическими нарушениями и воздействием повреждающих факторов среды в ранние сроки беременности.

Поздние токсикозы беременных часто развиваются при экстрагенитальных заболеваниях, у больных

диабетом (у 50% и более), гипер- и гипотиреозом, дисфункцией надпочечников, пиелонефритом и другими заболеваниями почек (в том числе при латентных, малосимптомных формах), при органических пороках сердца, патологии гепатобилиарной системы, у женщин с функциональными нарушениями сосудистой системы (чаще при склонности к сосудистой гипертензии и особенно страдающих гипертонической болезнью). Возникновению токсикозов способствуют ожирение алиментарного и эндокринно-обменного происхождения, аллергия, интоксикации. Предрасполагающими факторами являются функциональная недостаточность нервных центров, регулирующих развитие механизмов адаптации и формирование доминанты беременности. Это наблюдается при генитальном и универсальном инфантилизме, стертых формах нейроэндокринных нарушений (проявляются при беременности), стрессовых ситуациях.

С. Л. Вашилко и И. П. Иванов (1980) различают главные и второстепенные факторы риска возникновения позднего токсикоза. К первой группе они относят заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, сосудистая гипотония, ревматический порок сердца в активной фазе), почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), гепатобилиарной системы, эндокринной системы (диабет, тиреотоксикоз, гиперкортицизм), анемией, ожирением.

Во вторую группу авторы включают перенесенные заболевания, снижающие реактивность организма, отягощенный акушерский (и гинекологический) анамнез, многоплодную беременность, узкий таз, инфантилизм и гиперстеническую конституцию, нарушения нервной, иммунной систем, несовместимость по резус-фактору. Такие особенности, как возраст старше 30 лет, угроза преждевременного прерывания беременности, кровотечение и гибель плода при предшествующих родах, относятся к средней степени риска возникновения токсикоза.

Железодефицитная анемия нередко возникает при экстрагенитальных заболеваниях и поздних токсикозах беременных, как следствие дефицита железа в пище или недостаточной резорбции его в желудочно-кишечном тракте, у женщин с другими видами несбалансированного питания, у многорожавших при небольшом (менее 2 лет) интервале между родами. Возникновению анемии способствуют кровопотери до и во время беременности.

Определенную опасность для матери и плода представ-

ляют многоплодная беременность и роды, а также тазовые предлежания. Известна значительная степень риска при тазовых предлежаниях не только для плода (асфиксия, родовые травмы), но и для матери (повреждения мягких тканей родовых путей, кровопотеря, инфекция). Осложнения могут возникнуть при многоплодной беременности (токсикозы, анемия, сердечно-сосудистые расстройства) и родах (аномалии родовых сил, неправильное положение и гипоксия плода, кровотечения и др.).

Врач женской консультации должен предвидеть угрозу акушерских кровотечений и аномалий родовых сил и провести соответствующую профилактическую работу.

Кровотечения во время беременности и родов (особенно в родах и раннем послеродовом периоде) представляют большую опасность для матери, а причины кровотечений и сама кровопотеря оказывают косвенное неблагоприятное влияние на плод и новорожденного. Акушерские кровотечения нередко имеют связь с аномалиями родовых сил, чаще с их первичной или вторичной слабостью. Эти виды патологии часто сходны по этиологии и патогенезу.

Возникновения кровотечений и слабости родовых сил можно ожидать у беременных с признаками задержки полового развития, расстройства менструальной функции, инфантилизма, воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, перенесших повторные аборт (в особенности, осложненные воспалительными заболеваниями), патологические роды и послеродовые заболевания инфекционной этиологии. К появлению кровотечений предрасполагают ожирение, гипотиреоз и другие эндокринные нарушения, поздние токсикозы, протекающие в тяжелой форме, а также некоторые экстрагенитальные заболевания (патология гепатобилиарной системы, пиелонефрит).

Проведение профилактических мероприятий в женской консультации помогает снижать число кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде [Бакшеев Н. С., 1966]. Отмечено также снижение числа послеродовых заболеваний инфекционной этиологии, возникновению которых способствует ослабление защитных сил организма в результате патологических кровопотерь.

Возможности возникновения послеродовых заболеваний и инфицирования плода возрастают при наличии у беременной очагов инфекции (в том чис-

ле нагноительные процессы). Установлен риск инфицирования плода при заболевании матери пиелонефритом, а также в результате развития микроорганизмов во влагалище (кольпит, цервицит, эрозия), если существуют истмиоцервикальная недостаточность, характеризующаяся зиянием наружного и внутреннего зева канала шейки матки, или глубокие разрывы шейки матки, эктропион и другие деформации ее. При этих изменениях нередко нарушается нормальная функция желез шейки матки, в частности физико-химические и биологические свойства их секрета. В указанных условиях возможна восходящая инфекция при отсутствии клинически выраженных признаков истмиоцервикальной недостаточности.

Многим видам акушерской патологии, особенно имеющим тяжелую форму и длительное течение, сопутствуют изменения в плаценте, которые укладываются в понятие плацентарная недостаточность. В литературе распространен термин «фетоплацентарная недостаточность», но он менее приемлем, потому что не учитывает зависимость структуры и функций плаценты от состояния организма беременной. Известно, что плацента, как орган, объединяющий и разделяющий организм матери и плода, не только полностью обуславливает все процессы развития плода, влияет на организм беременной, но и сама зависит от их функционального состояния. Термин «плацентарная недостаточность» более удачен в методологическом отношении.

Плацентарная недостаточность характеризуется нарушениями структуры и функций плаценты, вызывающими ухудшение условий питания, газообмена и выведения продуктов обмена веществ: в результате этих изменений возникает гипоксия плода, задержка его развития, склонности к асфиксии при рождении, к родовым травмам и заболеваниям в периоде новорожденности.

В происхождении недостаточности плаценты существенную роль играют следующие формы патологии: 1) недостаточность гемодинамики, 2) недостаточность мембран; 3) паренхиматозно-клеточная недостаточность [Wulf K. H., 1980].

Гемодинамические нарушения, определяющие недостаточность плаценты, могут иметь следующий характер: недостаточное развитие маточно-плацентарной сосудистой системы, сужение сосудов плаценты под влиянием различных вазопрессорных факторов, замедление крово-

обращения в межворсинчатом пространстве, выключение из гемодинамики определенных участков плаценты (кровозлияния, частичная отслойка и др.). Следствием всех указанных изменений возникает дефицит кровоснабжения плаценты, ведущий к ограничению питания и дыхания плода. В связи с этим возникает недостаточность синтеза плацентарных гормонов, снижается активность ферментов, осуществляющих процессы питания плода, при выраженной и длительной недостаточности гемодинамики происходят дистрофические изменения в эпителиальном покрове и других структурах ворсин.

Гемодинамические расстройства относятся к основным причинам нарушения проницаемости плаценты (недостаточность мембран плаценты).

Различают острую и хроническую недостаточность плаценты. Выделяют также субхроническую форму [Gruenwald, 1964], но ее границы определить трудно. Острая форма плацентарной недостаточности возникает преимущественно во время родов (значительно реже во время беременности). Причиной ее являются аномалии родовых сил, преждевременная отслойка нормально расположенной и предлежащей плаценты, эклампсия, состояния шока (болевого, геморрагического, анафилактического, наркотического и др.), коллапса и другие патологические процессы, связанные с резкими изменениями артериального давления и перераспределением крови.

Врачу женской консультации приходится наблюдать проявления хронической плацентарной недостаточности, которая развивается чаще острой. Она возникает при тяжелых и средней тяжести, но продолжительных заболеваниях, которым сопутствуют дефицит кровоснабжения или другие расстройства (застой, кровоизлияния) плацентарного кровообращения.

При нетяжелом течении заболеваний в плаценте нередко возникают приспособительные процессы (усиленное образование ворсин капилляров и других элементов), предотвращающие функциональную недостаточность плаценты. Последняя может возникнуть при пороках сердца, особенно сопровождающихся нарушением кровообращения, гипертонической болезни, выраженной сосудистой гипотонии, высокой степени анемии, нефропатии (преэклампсии), пиелонефрита, диабета и других заболеваниях беременных, если своевременно не проведено рациональное лечение.

Причиной плацентарной недостаточности может явиться длительное повышение тонуса и сократительной деятельности матки, сопровождающееся ухудшением маточно-плацентарного кровообращения. Это наблюдается при угрозе прерывания беременности, в частности связанного с инфантилизмом. Дефицит кровообращения при инфантилизме зависит не только от преждевременно возникшей активности моторной функции матки, но также от недостаточного развития ее сосудистой системы, что отражается на плацентарном кровообращении.

Реже недостаточность плаценты возникает в связи с дефектами развития плода и фетальных сосудов плаценты (аномалии развития, вызванные с повреждающими факторами среды или генетически обусловленные). Диагностика плацентарной недостаточности нередко представляет затруднения. Она основывается на учете косвенных клинических данных и более информативных результатах лабораторных исследований. Наличие этой патологии можно предположить при беременности, осложненной заболеваниями с длительным и тяжелым течением.

Достаточно верными признаками являются отставание развития (гипотрофия) плода и несоответствие его размеров сроку беременности. Эти особенности обнаруживаются при традиционных методах (пальпация, измерение длины и диаметра головки плода) и ультразвуковом исследовании (см. 37). Ультразвуковое сканирование позволяет определить толщину и диаметр плаценты, на основании чего можно судить о ее недостаточности (при наличии других признаков этой патологии).

Косвенным признаком недостаточности плаценты (и гипотрофии плода) служат отставание роста матки и более низкий уровень стояния ее дна, чем полагалось бы по сроку беременности.

При выраженной плацентарной недостаточности возникают гипоксия плода и сопутствующие ей нарушения (ацидоз, расстройства кровообращения и др.).

С целью диагностики плацентарной недостаточности определяют содержание плацентарных гормонов, ферментов и белков. О функциональной недостаточности плаценты судят по снижению экскреции (или содержания в крови) ХГ, ХСМГ (плацентарный лактоген), прогестерона (в крови) или его метаболита прегнандиола (в моче) и эстрогенов, особенно эстриола (см. 10).

На снижение функциональной активности плаценты

указывают изменения активности щелочной фосфатазы, окситоциназы, плацентарного цистинаминоптерина, уменьшение синтетаза α -фетопропротеина. Указанные показатели, характерные для плацентарной недостаточности, продолжают изучаться.

Профилактика плацентарной недостаточности сводится к предупреждению и рациональной терапии осложненной беременности и родов. Рекомендуется избегать физических перенапряжений, снижающих активность маточного кровообращения. Обсуждается вопрос о применении сосудорасширяющих препаратов и средств, снижающих вязкость крови.

При острой форме плацентарной недостаточности обычно проводятся мероприятия, устраняющие нарушения в организме матери (связанные с заболеваниями, патологическими родами) и плода (борьба с гипоксией и другими нарушениями). Нередко также лечебные мероприятия осуществляются в неотложном порядке, в том числе путем ускоренного родоразрешения.

Важнейшими принципами терапии хронической плацентарной недостаточности являются также лечение осложнений беременности, рациональное питание, устранение преждевременного повышения сократительной деятельности матки. Имеет положительный опыт применения эстрогенов, повышающих кровоснабжение матки, при угрозе самопроизвольного выкидыша [Бодяжина В. И., Любимова А. И., Розовский И. С. 1973, и др.]. Экспериментальные данные и клинические наблюдения указывают на возможность улучшения кровоснабжения матки путем применения сибетина. Есть попытки улучшить кровоснабжение матки путем применения вазоактивных препаратов (теофиллин, компламин), снизить вязкость крови (декстран) и предупредить расстройства микроциркуляции (гепарин).

Следует подчеркнуть, что сложная проблема лечения плацентарной недостаточности, тесно связанная с вопросами профилактики и терапии гипотрофии плода, изучена недостаточно.

Факторы риска осложнений беременности косвенно влияют на развитие плода и новорожденного. Многочисленные научные исследования указывают на возможность отрицательного влияния на плод заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительной (почки, мочевыводящие пути), гепатобилиарной и других систем,

возникающих до беременности или проявляющихся в течение гестационного процесса. Известен повреждающий эффект острых инфекционных заболеваний матери, а также нелеченых (или недостаточно леченых) форм туберкулеза легких, ревматизма, тонзиллогенной инфекции. Существует реальная угроза инфицирования плодных оболочек, околоплодных вод и плода не только при общих инфекционных заболеваниях, но также при пиелонефрите, цервиците, кольпите и особенно при наличии истмико-цервикальной недостаточности. Инфицирование осуществляется гематогенным путем (через плаценту) или посредством восхождения микробов (восходящий путь) из очагов инфекции, образовавшихся в половых органах (вульвит, кольпит, цервицит). Восхождению патогенной флоры из половых путей способствуют истмико-цервикальная недостаточность, нарушения гигиены половой жизни, неуместные манипуляции (непоказанные спринцевания и др.).

Поздние токсикозы беременных неблагоприятно влияют на плод в связи с гипоксией, которая возникает часто, особенно при тяжелом и длительном течении заболевания.

Причиной задержки развития плода могут быть изменения в плаценте (ухудшение доставки питательных веществ), а также в эндокринной, иммунологической и других системах организма беременной, больной токсикозом. Задержка физического и функционального развития и другие нарушения у детей женщин, больных токсикозами, наблюдаются в 4—5 раз чаще, чем в общей популяции.

К числу основных факторов, определяющих возникновение патологии плода при заболеваниях беременной, относится гипоксия. Имеют значение ухудшение условий питания, метаболизма и выведения продуктов обмена плода, интоксикация и другие патогенные влияния.

Определенную роль играет длительная медикаментозная терапия (см. 136), которая нередко проводится без должного учета особенностей фармакокинетики и фармакодинамики медикаментов в период беременности в антенатальной жизни.

На организм плода и новорожденного оказывают отрицательное влияние осложнения родов, которые нередко наблюдаются при экстрагенитальных заболеваниях, токсикозах и других видах акушерской патологии (аномалии

родовых сил, несвоевременное отхождение вод, восходящая инфекция и др.).

Отклонения в течении родов усугубляют кислородное голодание плода, степень ацидоза и других нарушений, а также обуславливают частоту асфиксии при рождении и родовых травм. На уровень перинатальной патологии влияют также оперативные вмешательства, особенно при несвоевременном их применении и отклонениях в технике выполнения.

Таким образом, факторы риска возникновения акушерской патологии оказывают косвенное или непосредственное влияние на плод и новорожденного.

В настоящее время созданы схемы, способствующие определению риска перинатальной патологии и его степени. Степень риска оценивается в баллах, что имеет значение для прогноза перинатальной патологии и определения мер ее предупреждения.

Удачной и приемлемой для женских консультаций является система определения риска перинатальной патологии, разработанная О. Г. Фроловой и Е. И. Николаевой (1980). Для определения степени риска у плода и новорожденного учитывается сумма баллов угрозы неблагоприятных воздействий в антенатальном и интранатальном периодах. При сумме баллов 10 и более существует высокий риск перинатальной патологии; 5—9 баллов указывают на среднюю, 4 и менее — на низкую степень риска.

В периоде новорожденности степень риска рекомендуется определять по схеме Апгар: высокая степень — 0—4 балла, средняя — 5—7, низкая — 8—10 баллов.

По данным Л. С. Персианинова и соавт. (1979), признаки высокого риска при сроке беременности до 12 нед наблюдаются у 18%, к концу беременности — у 26% женщин.

В схеме О. Г. Фроловой и соавт. среди факторов риска перинатальной патологии и смертности выделены факторы, действующие в антенатальном (группа А) и интранатальном (группа В) периодах. В пренатальной группе выделены факторы: 1) социально-биологические; 2) анамнестические (акушерско-гинекологический анамнез); 3) экстрагенитальной патологии; 4) осложнения настоящей беременности; 5) оценка состояния плода (общее число факторов 52). Из числа интранатальных факторов риска выделены особенности организма матери, плода, плаценты и пуповины (табл. 11).

Таблица 11. Оценка пренатальных факторов риска в баллах

Факторы риска	Оценка в баллах	Факторы риска	Оценка в баллах
I. Социально-биологические		II. Акушерско-гинекологический анамнез	
1. Возраст матери:		1. Паритет (которые роды):	
до 20 лет	2	4—7	1
30—34	2	8 и более	2
35—39	3	2. Аборты перед первыми настоящими родами:	
40 лет и более	4	1	2
2. Возраст отца 40 лет и более	2	2	3
3. Профессиональные вредности:		3 и более	4
у матери	3	3. Аборты перед повторными родами или после последних родов:	
у отца	3	3 и более	2
4. Вредные привычки мать:		4. Преждевременные роды:	
курение 1 пачки сигарет в день	1	1	2
злоупотребление алкоголем	2	2 и более	3
отец:		5. Мертворождение:	
злоупотребление алкоголем	2	1	3
5. Эмоциональные нагрузки	1	2 и более	8
6. Рост и масса тела матери:		6. Смерть в неонатальном периоде:	
рост 150 см и менее	2	1	2
масса тела на 25% выше нормы	2	2 и более	7
<hr/>		7. Аномалия развития у детей	3
Сумма баллов		8. Неврологические нарушения	2
		9. Масса тела доношенных детей до 2500 г и 4000 г и более	2
		10. Бесплодие:	
		2—4 года	2
		5 лет и более	4
		11. Рубец на матке после операции	3
		12. Опухоли матки и яичников	3
		13. Истмико-цервикальная недостаточность	2
		14. Пороки развития матки	3
		<hr/>	
		Сумма баллов	

Факторы риска	Оценка в баллах	Факторы риска	Оценка в баллах
III. Экстрагенитальные заболевания матери		IV. Осложнения беременности	
1. Сердечно-сосудистые:		1. Выраженный ранний токсикоз	2
а) пороки сердца без нарушения кровообращения	3	2. Поздний токсикоз:	
б) пороки сердца с нарушением кровообращения	10	а) водянка	2
в) гипертоническая болезнь I—II—III стадии	2—8—12	б) нефропатия I—II—III степени	3—5—10
г) вегетососудистая дистония	2	в) эклампсия	12
2. Заболевания почек:		г) преэклампсия	11
а) до беременности	3	3. Кровотечение в первой и второй половине беременности	3—5
б) обострение заболевания при беременности	4	4. Rh- и ABO-изосенсибилизация	5—10
в) заболевания надпочечников	7	5. Многоводие	4
3. Эндокринопатии:		6. Маловодие	3
а) диабет	10	7. Тазовое предлежание плода	3
б) диабет у родных	1	8. Многоплодие	3
в) заболевания щитовидной железы	7	9. Переношенная беременность	3
4. Анемия:		10. Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
гемоглобин 9—10—11 г% (90—100—110 г/л)	4—2—1	<hr/>	
5. Коагулопатии	2	Сумма баллов	
6. Миопия и другие заболевания глаз	2	V. Оценка состояния плода	
7. Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3	1. Гипотрофия плода	10
8. Острые инфекции при беременности	2	2. Гипоксия плода	4
		3. Содержание эстриола в суточной моче:	
		4,9 мг в 30 нед	34
		12 » » 40 »	15
		4. Изменение вод при амниоскопии	8
		<hr/>	
		Сумма баллов	

Сумма баллов

По сумме баллов беременные относятся к группе:

низкого риска — до 4 баллов

среднего » — 5—9 »

высокого » — 10 »

и выше

Бэбсон и соавт. (1979) приводят следующие факторы риска перинатальной заболеваемости и смертности, относящиеся к внутриутробно-му развитию:

1. Наличие в анамнезе серьезных наследственных или семейных аномалий (например, болезнь Дауна, дефектный остеогенез).

2. Рождение самой матери недоношенной или очень маленькой, а также случаи, когда предыдущие роды у матери закончились рождением ребенка с такими же отклонениями.

3. Серьезные врожденные аномалии, поражающие центральную нервную систему, сердце, костную систему, аномалии легких, общие заболевания крови, в том числе анемия (гематокрит ниже 32%).

4. Серьезные социальные проблемы (беременность в подростковом возрасте, отсутствие отца, наркомания).

5. Отсутствие или позднее начало медицинского наблюдения в перинатальном периоде.

6. Возраст моложе 18 или старше 35 лет.

7. Рост менее 152,4 см и масса тела до беременности на 20% ниже или выше стандартной при данном росте.

8. Пятая или последующая беременность, особенно в возрасте старше 35 лет.

9. Очередная беременность, возникшая в течение 3 мес после предшествующей.

10. Наличие в анамнезе длительного бесплодия или серьезного лекарственного или гормонального лечения.

11. Терапевтические вирусные заболевания в первые 3 мес беременности.

12. Стрессовые состояния, например, серьезные эмоциональные нагрузки, неукротимая рвота, наркоз, шок, критические ситуации или высокая доза радиации.

13. Злоупотребление курением.

14. Осложнения беременности или родов в прошлом или настоящем, например, токсикозы беременных, преждевременная отслойка плаценты, изоиммунизация, многоводие или отхождение околоплодных вод.

15. Многоплодная беременность.

16. Задержка роста плода или плод, по размерам резко отличающийся от нормальных.

17. Отсутствие прибавки массы тела или минимальная прибавка.

18. Неправильное положение плода, например тазовое предлежание, поперечное положение, неустановившееся предлежание к моменту родов.

19. Срок беременности более 42 нед.

По данным авторов, 10—20% женщин относятся к этим группам, и более чем в половине случаев гибель плодов и новорожденных объясняется влиянием этих факторов.

Некоторые расхождения [Персианинов и др., 1979; Бэбсон и др. 1979] в оценке численности беременных, относящихся к группе риска, связаны с особенностями обследования беременных и оценки полученных результатов. Современные тенденции к детальному обследованию беременных и выявлению факторов риска имеют важнейшее значение для профилактики осложнений беременности, родов и перинатальной патологии.

4.1. ПРОГНОЗ ПОТОМСТВА

Врачу женской консультации нередко придется отвечать на вопрос родителей о существовании риска рождения ребенка с аномалиями развития или врожденными заболеваниями. В настоящее время применяются балльные системы определения степени риска перинатальной патологии и смертности (см. с. 78), учитывающие количественную сторону риска. Такие системы, имеющие существенное значение для профилактики перинатальной патологии и смертности, должны быть использованы в работе врача женской консультации. Однако в практической деятельности врач обязан ответить на вопрос женщины (родителей) в конкретной ситуации, касающейся потомства данной семьи. Эта задача может быть весьма сложной в связи с тем, что многие аспекты проблемы врожденных заболеваний и аномалий развития изучены недостаточно, несмотря на огромное число исследований, посвященных данной проблеме. Сложность прогноза потомства обусловлена также множественностью причин их происхождения.

Известно, что аномалии развития плода могут быть обусловлены: 1) хромосомными и генными нарушениями; 2) влиянием неблагоприятных факторов среды, особенно в ранние сроки внутриутробной жизни; 3) генетическими нарушениями, которые проявляются только под воздействием неблагоприятных факторов среды. Повреждающие факторы среды, действующие в определенные периоды эмбриогенеза, могут вызвать аномалии, подобные тем, которые обусловлены генетическими факторами (например, аномалии развития мозга, органов зрения и слуха и др.). Прогнозирование потомства и решение вопроса о целесообразности сохранения возникшей беременности осуществляются при определенных условиях в медико-генетических консультациях. Медико-генетическая консультация показана при следующих обстоятельствах: 1) рождении детей (одного и более) с пороками развития нервной, сердечно-сосудистой, опорно-двигательной, половой и других систем и с врожденными заболеваниями (болезнь Дауна, Эдвардса, фенилкетонурия и др.); 2) наличии аномалий развития и психических заболеваний не только у отца, матери, брата, сестры пробанда, но и у лиц второй степени родства (тетки, дяди, дедушки, бабушки) и даже

у двоюродных братьев и сестер (третья степень родства); 3) привычных выкидышах, особенно в ранние сроки беременности; 4) мертворождениях неясной этиологии.

Обращают на себя внимание данные о влиянии на потомство возраста родителей. Аномалии развития, гипотрофия, болезнь Дауна, и др. у пожилых родителей наблюдаются значительно чаще, чем у супругов 20—30 лет. По-видимому, это связано с более продолжительным влиянием на организм людей пожилого возраста различных мутагенных факторов (инфекции, интоксикации и др.). Имеет значение и фактор старения половых клеток.

К медико-генетическому консультированию в соответствующих случаях привлекаются невропатолог, психиатр, окулист, гематолог и другие специалисты. В соответствии с результатами медико-генетического исследования акушер-гинеколог женской консультации дает совет о целесообразности сохранения данной беременности или наступления следующей.

В достаточной степени сложен прогноз потомства при заболеваниях матери. Литературные данные по этому вопросу обширны, но не полностью однозначны. Это связано со степенью глубины обследования, численностью обследованных, характером и тяжестью заболеваний, особенностями оценки состояния потомства и другими обстоятельствами.

Большинство исследователей считают, что заболевания матери, протекающие длительно и в тяжелой форме, отражаются на развитии плода и родившегося ребенка. Установлено особо неблагоприятное влияние тяжелых неинфекционных и инфекционных заболеваний, начавшихся в ранние сроки (2—7 нед) или существовавших до наступления беременности (пороки сердца, гипертоническая болезнь, диабет, гипотиреоз и тиреотоксикоз и др.). Риск эмбрио- и фетопатий возрастает при отсутствии своевременной и правильной корригирующей терапии. При заболеваниях беременной, различных по этиологии и патогенезу, возникают более или менее однозначные нарушения условий газообмена и питания плода. По этой причине, а также вследствие несостоятельности специфических ответных реакций в раннем онтогенезе у плодов и новорожденных детей больных женщин наблюдаются сходные соматические и функциональные нарушения. К ним относятся: малая масса тела (при диабете повышенная) и другие

признаки гипотрофии, проявление функциональной незрелости, склонность к асфиксии, родовым травмам и заболеваниям в периоде новорожденности и раннего детства.

В то же время отмечена возможность неправильного развития у плода тех органов и систем, которые поражены у матери. Например, установлена частота пороков сердца и функциональных нарушений сердечной деятельности у детей, матери которых страдают пороком сердца [Бейлин А. Л., 1970; Цыбульская И. С., 1965]. Установлен высокий уровень расстройств деятельности эндокринной, нервной и других систем у потомства женщин, страдающих диабетом, заболеваниями надпочечников и щитовидной железы [Орлова О. И., 1965; Барашнев Ю. И., 1961; Бархатова Т. П., 1979, и др.]. У детей указанного контингента больных нередко наблюдаются нарушения функций тех же органов внутренней секреции, которые поражены у матери. Число пороков развития у детей больных матерей в 3—4 раза больше, чем в общей популяции.

Врожденные заболевания и функциональные нарушения, а также некоторые пороки развития (пороки сердца, аномалии внутренних половых органов и др.) проявляются и распознаются не сразу после рождения, а в процессе дальнейшего развития ребенка. Современные исследования указывают на существование риска неблагоприятного исхода у женщин с нейроэндокринными нарушениями, забеременевших после искусственной стимуляции овуляции, а также у женщин, имевших многократные выкидыши, но сохранивших беременность в результате усиленного лечения. Следует учитывать здоровье не только матери, но и отца. Опубликованы данные о наличии эндокринных нарушений у детей, отцы которых страдают диабетом, нарушениями функции надпочечников и других желез внутренней секреции.

Весьма осторожным должен быть прогноз в отношении потомства женщин, перенесших острые инфекционные заболевания. На плод оказывают действие высокая температура, интоксикация и гипоксия, сопутствующая указанным нарушениям. Существует угроза инфицирования плода, особенно при изменениях в хорионе (плаценте), которые нарушают барьерные функции детского места. Установлена возможность перехода к плоду вирусов краснухи, кори, эпидемического паротита, инфекционной желтухи, гриппа, герпеса и др., а также бактерий (стреп-

тококки, стафилококки, пневмококки, возбудителей брюшного тифа, сифилиса, листериоза и др.), простейших (возбудители токсоплазмоза, малярии). К плоду проникают также бактериальные токсины (дифтерии, столбняка и др.) [Ритова В. В., 1976; Flamm H., 1962, и др.]. При этом у плода не возникают (или бывают недостаточными) специфические защитные реакции вследствие незрелости иммунных и других систем, участвующих в механизмах адаптации и защиты. Повреждения плода, связанные с инфекционными заболеваниями матери, обычно имеют характер неспецифических процессов. Только в конце внутриутробной жизни возможно возникновение слабо выраженных специфических реакций в ответ на внедрение возбудителей инфекционных заболеваний.

В литературе имеются сведения о преимущественном поражении определенных органов при некоторых инфекционных заболеваниях. Например, при заболевании краснухой в первые недели и месяцы беременности у плода нередко наблюдаются поражение глаз (врожденная катаракта, слепота), пороки сердца, глухота. Поражение плода токсоплазмозом ведет к гидро- и микроцефалии, макрофтальмии, изменениям в нервной системе. Однако характер аномалий развития плода зависит главным образом от времени воздействия инфекционного фактора, а не от его специфичности. Составлены тератологические таблицы, где указаны сроки беременности, в которые под влиянием неблагоприятных факторов, в том числе инфекции, может возникнуть порок развития того или иного органа плода. По данным литературы, пороки развития разных органов возникают в следующие сроки беременности: пороки развития мозга — в 2—11 нед, глаз — в 3—7 нед, сердца — в 3—7 нед, конечностей — в 2—8 нед, зубов — в 6—10 нед, ушей — в 6—11 нед, пищеварительных органов — в 10—11 нед.

Пока мало данных о состоянии потомства женщин, у которых беременность наступила после стимуляции овуляции гормональными препаратами. Известно, что это лечебное мероприятие применяется при бесплодии, вызванном ановуляцией, происхождение которой связано с эндокринными нарушениями или врожденными дефектами энзимных систем. Нередкой причиной бесплодия (особенно первичного) являются генетически обусловленные заболевания и функциональные расстройства.

Клинический опыт показывает, что беременность, возникшая после стимуляции овуляции и резекции яичников (по поводу склерокистоза), часто осложняется признаками угрозы прерывания беременности, токсикозами и другими патологическими процессами, также влияющими на развитие плода. Опубликованы данные о частоте хромосомных aberrаций, ведущих к нарушению развития зародыша у женщин, которым проводилась стимуляция овуляции кломифеном [Boye J., Boye A.], а также более высокие показатели патологии у потомства матерей, оперированных по поводу склерокистоза яичников.

Экспериментальные исследования показывают высокую чувствительность эмбриона и плода (особенно в первой половине беременности) к ионизирующей радиации. Доказана возможность возникновения разнообразных пороков развития, поражения кроветворных органов, нервной, сосудистой и других систем, внутриутробной гибели. Происходят задержка развития, дистрофия и распад плаценты.

В связи с этим беременные женщины (даже при подозрении на беременность) не допускаются к работе, связанной с возможным действием ионизирующей радиации.

Широкое участие женщин во всех отраслях производства определяет исключительную важность охраны женщины и будущих детей от воздействия неблагоприятных факторов, особенно химических соединений. В литературе опубликованы результаты исследований (преимущественно экспериментальных) об отрицательном влиянии на организм беременных и плод сероводорода, хлорвинила, фенола, бензина и его производных, ацетона, окиси углерода и его производных, ртути, бутилового и изоприлового спиртов, некоторых пестицидов и других химических веществ.

При соблюдении законодательства по охране труда и технике безопасности токсическое действие этих веществ устраняется. Кроме того, охрана здоровья беременной и плода гарантируется к тому же законодательством, запрещающим использование труда женщин в профессиях и производствах, где возможно вредное влияние на их организм и воспроизводительную функцию. Вопрос о прогнозе потомства может возникнуть при случайном и достаточно интенсивном воздействии ионизирующей реак-

ции или химических соединений. При этом вопрос о допустимости пролонгирования беременности решается консультативно, с участием соответствующих специалистов (токсиколог, радиолог и др.).

Прогноз потомства омрачают употребление алкоголя и курение. На развитие плода влияют алкоголизм не только матери, но и отца. В эксперименте доказан переход алкоголя через гематотестикулярный барьер и его отрицательное действие на мужские половые клетки, особенно чувствительные к повреждающим факторам в периоде их созревания [Райцина С. С., Давыдова А. В., 1973]. Хроническому алкоголизму сопутствует недостаточность сперматогенеза, выражающаяся в продукции клеток, неполноценных в функциональном и морфологическом отношении. Дети отцов-алкоголиков отстают от сверстников в умственном развитии; степень интеллектуальной отсталости соответствует тяжести алкоголизма у отца.

Алкоголизм женщин имеет следствием прямое и непрямое отрицательное действие на зародыш и плод. Прямое действие связано с переходом алкоголя через плаценту (трофобласт, хорион) к зародышу и плоду и воздействием его на мозг, сердечно-сосудистую, эндокринную системы, печень и другие органы. Организм плода высокочувствителен к действию алкоголя, особенно в ранних стадиях развития. Это связано, в частности, с недоразвитием функций печени, где происходит метаболизм алкоголя, и с замедлением его выведения из организма (недостаточная функция выделительных органов и плаценты).

В эксперименте установлены следующие особенности действия алкоголя в антенатальном периоде: уменьшение массы мозга, аномалии развития нервной и сердечно-сосудистой систем, органов зрения и слуха, задержка роста и другие дефекты. Нередко происходит гибель зародышей [Скосырева А. М., 1973, и др.]. Клинические наблюдения указывают на частоту выкидышей, дефицит массы тела плодов, родившихся живыми, задержку психического и физического развития у детей. Изучение соматических и психических особенностей потомства женщин, злоупотребляющих алкоголем, послужило основанием для описания алкогольного синдрома у потомства, который характеризуется наличием черепно-лицевых деформаций, аномалий развития сердца, глаз, ушей, суставов, половых органов,

дефицитом роста и умственной отсталостью [Романова М. В., 1971]. Риск рождения детей с признаками алкогольного синдрома составляет 20—50% в зависимости от длительности и тяжести алкоголизма.

Определенную опасность представляют эпизодические употребления алкоголя во время беременности.

В антенатальном периоде вредное действие алкоголя проявляется не только в результате его проникновения через плаценту (прямое действие), но также вследствие алкогольных повреждений важнейших систем организма матери, определяющих неблагоприятные условия жизнедеятельности плода (непрямое действие).

Курение в период беременности ухудшает прогноз потомства. При курении организм подвергается действию не только никотина, но также множества различных соединений, содержащихся в табаке (неорганические и органические кислоты, аммиак, сложные эфиры и альдегиды, смолы, фенол, азотистые соединения и др.). Никотин и другие вещества, содержащиеся в табаке, оказывают вредное действие на весь организм, особенно на нервную и сердечно-сосудистую системы (влияние на сосуды мозга, мозговой кровоток, мозговое венозное давление, сложные функции клеток мозга, коронарное кровообращение и др.). Никотин может нарушить процесс имплантации зародыша, у беременных вызывает повышение тонуса матки и силы ее сокращений, сужение просвета сосудов, что приводит к снижению маточно-плацентарного кровообращения и гипоксии плода. Никотин проникает через плацентарный барьер и накапливается в печени, сердце, желудке, небных миндалинах, трахее и других органах плода. Установлено, что под влиянием никотина нарушается сердечная деятельность плода, снижается масса тела новорожденного. Нередко беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем или преждевременными родами. Имеются сообщения о возникновении аномалий развития плода, дефектов умственного развития, о повышении перинатальной заболеваемости и смертности потомства курящих женщин.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

5.1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Профилактика осложнений беременности и родов является основополагающим принципом деятельности врачей женских консультаций. Руководствуясь этим принципом, женские консультации нашей страны достигли значительных результатов в деле снижения осложнений беременности и особенно тяжелых форм акушерской патологии. С этими достижениями связаны улучшение исхода родов, уменьшение перинатальной заболеваемости и смертности, а также послеродовых и гинекологических заболеваний.

Успехи профилактической деятельности консультаций определяются указаниями XXV и XXVI съездов КПСС и постановлением партии и правительства «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения», в которых говорится о необходимости повышения качества лечебно-профилактической помощи, особенно деятельности поликлинического звена учреждений здравоохранения. Это в полной мере относится к женским консультациям, оказывающим повседневную, важнейшую лечебно-профилактическую помощь беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным.

Профилактика осложнений беременности, родов и перинатальной патологии осуществляется в консультации в двух основных направлениях, относящихся к первичной и вторичной профилактике.

Первичная профилактика сводится к предупреждению осложнений беременности у здоровых женщин. Сущность вторичной профилактики заключается в предупреждении перехода начальных проявлений акушерской патологии в тяжелые формы.

В осуществлении первичной профилактики важнейшее значение имеет совместная работа акушера-гинеколога и педиатра. Весьма полезны контакты с перинатологами, число которых возрастает. Известно, что репродуктивная система женщины закладывается в ранних стадиях онто-

генеза. Ее развитие зависит от условий внутриутробной жизни, особенностей периода новорожденности и детства.

Состояние здоровья поколений в значительной мере зависит от системы предупреждения заболеваний у родителей, акушерской помощи женщинам, всей совокупности лечебно-профилактических мероприятий, присущих детскому здравоохранению. Следует считать научно обоснованными и оправдавшими себя на практике рекомендации по охране здоровья в подростковом возрасте, когда формируются механизмы регуляции репродуктивной системы.

Практический опыт и научные исследования указывают на частоту задержки полового развития и последующие нарушения менструальной и детородной функций у женщин, перенесших в детском возрасте многократно инфекционные заболевания бактериальной и вирусной природы (ангина, тонзиллит, корь, краснуха, дифтерия, гепатит, туберкулез и др.), инфекционно-аллергические процессы (ревматизм, бронхиальная астма и др.) Предупреждение инфекционных заболеваний у детей является важной обязанностью врачей.

На состояние здоровья и процесс становления репродуктивной системы влияют такие факторы, как питание, условия труда, спорт. Известно значение полноценного питания, особенно в детском возрасте и в периоде полового созревания.

Население недостаточно информировано о вреде избыточного питания, которому сопутствуют алиментарные ожирение и последующая функциональная недостаточность яичников и других желез внутренней секреции. Стабилизация ожирения, начавшегося в детском возрасте или в периоде полового созревания, нередко приводит к нарушениям репродуктивной функции (бесплодие, самопроизвольные выкидыши) и к аномалиям родов (слабость родовых сил, кровотечение и др.). Особенно неблагоприятное значение имеет избыточное питание в сочетании с пониженной физической нагрузкой. Гиподинамии сопутствуют снижение реактивности организма, торможение физического и интеллектуального развития. Пропаганда дозированных физических нагрузок, в том числе в форме гигиенической гимнастики и спорта, является важной мерой предупреждения заболеваний и функциональных нарушений, а следовательно, осложнений последующих беременностей и родов. Интеллектуальные и эмоциональные перегрузки могут быть причиной нейроэндокринных нару-

шений, которые оказывают неблагоприятное действие на течение будущей беременности и родов.

Необходимо проявлять осторожность при назначении медикаментов, особенно гормональных препаратов. Применять их следует при наличии показаний, с учетом побочных действий, аллергических реакций и др.

Правильному развитию и функционированию репродуктивной системы содействуют все оздоровительные мероприятия, проводимые в нашей стране, а также трудовые процессы, совершающиеся в надлежащих санитарно-гигиенических условиях, сбалансированное питание, отказ от вредных привычек. Врачи женских консультаций должны включиться в борьбу против алкоголя и курения, оказывающих неблагоприятное влияние на организм (нервная, эндокринная, сердечно-сосудистая, пищеварительная системы, печень, почки и другие органы) и будущее потомство женщин и мужчин.

Пропаганда здорового образа жизни занимает видное место в работе женской консультации.

В профилактике акушерской патологии важнейшую роль играют предупреждение, ранняя диагностика и рациональная терапия экстрагенитальных заболеваний, которые осложняют течение беременности и предрасполагают к развитию токсикозов беременных. Такое же значение имеет предупреждение гинекологических заболеваний, которые нередко служат причиной невынашивания и других осложнений беременности и родов.

Рациональные реабилитационные мероприятия, организованные в женской консультации, влияют на течение и исход последующих беременностей.

Реабилитации подлежат многие женщины, перенесшие тяжелые виды акушерской патологии и гинекологические заболевания. В плане предупреждения акушерской патологии особое значение имеет восстановительное лечение женщин, имевших самопроизвольные выкидыши, перенесших тяжелые формы позднего токсикоза (нефропатия, преэклампсия, эклампсия), анемию, послеродовые заболевания инфекционной этиологии, акушерские операции. Обследование этих женщин и восстановительное лечение осуществляются совместно с терапевтом, невропатологом и другими специалистами. Восстановительное лечение женщин, у которых беременность и роды протекали на фоне экстрагенитальных заболеваний (пороки сердца, пиелонефрит, заболевания печени и желчных путей и др.), про-

водится терапевтом при участии акушера-гинеколога женской консультации.

Первичная профилактика осложнений беременности относится к числу основных видов деятельности женских консультаций. Содержание и методы первичной профилактики хорошо известны врачам женских консультаций. Суть этой работы сводится к привлечению в консультацию в ранние сроки беременности, тщательному обследованию беременной, систематическому наблюдению за состоянием ее здоровья и развитием беременности, рекомендациям в отношении общего режима, личной гигиены, питания, гигиенической гимнастики. Большое значение имеют разумное использование природных факторов, своевременное и правильно проведенная психопрофилактическая подготовка к родам.

В соответствии с методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР при нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посетить консультацию, через 7—10 дней после первого обращения представить все анализы и заключения врачей-специалистов, а затем посещать врача в первую половину беременности 1 раз в месяц, после 20 нед — 2 раза, а после 32 нед — 3—4 раза в месяц. За время беременности женщина посещает консультацию примерно 14—15 раз. При заболевании женщины или патологическом течении беременности, не требующем госпитализации, частота посещений определяется врачом в индивидуальном порядке. Каждая беременная должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом, отоларингологом, а при наличии показаний — и другими специалистами. При необходимости осуществляются оздоровительные мероприятия. В целях первичной профилактики проводятся: 1) клинический анализ крови 2—3 раза (при первом посещении, в срок 22 и 32 нед); 2) клинический анализ мочи (при каждом посещении); 3) бактериологические исследования отделяемого влагалища для выявления трихомонад, дрожжеподобных грибов, гонококков; 4) определение группы крови и резус-фактора (при резус-отрицательной принадлежности проводится исследование крови мужа); 5) реакция Вассермана 2 раза (при первом посещении и в 32 нед); 6) по показаниям исследование на токсоплазмоз и др.

При первом и последующих посещениях беременная получает советы по вопросам гигиены, режима труда, питания, гигиенической гимнастики.

Врачам женских консультаций предоставлены неограниченные возможности для госпитализации беременных не только при наличии выраженных признаков акушерской патологии, но также при малозаметных изменениях в организме женщины. Практикуется также профилактическая госпитализация при состояниях, угрожаемых в отношении осложнений беременности и родов (риск преждевременного прерывания беременности, досрочное направление в стационар беременных, перенесших операции на матке, при тазовых предлежаниях, многоплодной беременности и др.).

Сложившаяся в нашей стране традиция широкой госпитализации беременных играет существенную роль в снижении осложнений беременности и родов. Однако эта практика имеет некоторые отрицательные моменты эмоционального и гигиенического характера. Отрицательные эмоции нередко возникают в связи с длительным отрывом от семьи, привычных бытовых условий и др.

При длительном пребывании в лечебном учреждении неблагоприятное влияние на организм оказывает гиподинамия, особенно если не проводится рациональная лечебная гимнастика. Наконец, не исключается попадание в организм микробов, вегетирующих в лечебно-профилактических учреждениях, вследствие бациллоносительства и других обстоятельств (перегрузка учреждений, дефекты санитарно-гигиенического режима и др.). Обсеменение условно-патогенными микробами особенно неблагоприятно в последние месяцы беременности и накануне родов. Направление на стационарное обследование и лечение осуществляются по показаниям, с учетом всех аспектов госпитализации.

Вторичная профилактика занимает большое место в работе женских консультаций. Ранняя диагностика заболеваний и осложнений беременности является залогом предупреждения тяжелых форм акушерской патологии, перинатальной заболеваемости и смертности. Вторичная профилактика предусматривает проведение комплекса оздоровительных мероприятий, объем и характер которых врач определяет, принимая во внимание индивидуальные особенности патологического процесса, условия труда, быта беременной и другие обстоятельства. При этом необходимо строго учитывать показания к госпитализации и своевременность направления в стационар.

5.2. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Лечебно-профилактическая помощь при риске невынашивания беременности. В профилактике самопроизвольного прерывания беременности основное значение имеет распознавание факторов риска данной патологии (см. 69), что обуславливает характер последующей помощи. Это важно как в отношении выбора лечения при данной беременности, так и в плане восстановительной терапии женщин, имевших ранее выкидыши и преждевременные роды.

Наиболее целесообразна диагностика причин невынашивания до наступления беременности, так как при этом применяются многие методы исследования, противопоказанные беременным. Это относится к лечению, которое проводится с использованием более широкого арсенала средств, непоказанных во время беременности. При беременности, возникшей после патогенетической терапии, можно ограничиться поддерживающим лечением (малые дозы гормонов, седативные средства и др.) или осуществлять лишь тщательное наблюдение.

Диагностика причин невынашивания основывается на данных анамнеза, общего и гинекологического исследования, общепринятых лабораторных исследований (исследование морфологии крови, группы крови, резус-принадлежности, мочи, микрофлоры влагалища, шейки матки, уретры и др.). Производится гистеросальпингография, при которой исключаются (или диагностируются) врожденные аномалии развития матки (двурогая, перегородки и др.) и приобретенные нарушения: синехии, расширение истмико-цервикального отдела, полипы, миома, эндометриоз и др. Данный метод позволяет уточнить наличие инфантильной матки (длинная шейка, небольшие размеры тела) или гипоплазии ее (соразмерное уменьшение тела и шейки), а также тонус, длину маточных труб, признаки генитального инфантилизма. При гистеросальпингографии могут быть обнаружены остаточные явления воспалительного процесса (перитубарные сращения, смещения половых органов), которые позволяют косвенно судить об изменениях эндометрия и функции яичников.

Гистеросальпингографию производят во второй фазе цикла (на 18—20-й день при 28-дневном цикле). Она допустима при нормальных показателях лабораторных ис-

следований крови, I, и II степени чистоты влагалищной флоры, отсутствии острых, подострых и хронических, но часто обостряющихся воспалительных заболеваний половых органов.

После гистеросальпингографии следует уточнить функцию яичников, поскольку ее нарушения часто сопутствуют воспалительным заболеваниям, порокам развития матки, эндометриозу и др. или являются основной причиной невынашивания беременности.

Эндокринную функцию яичников изучают с помощью тестов функциональной диагностики, применение которых возможно в женских консультациях обычного типа. Целесообразно использовать все методы диагностики: определение базальной (ректальной) температуры, оценку симптома «зрачка» и кольпоцитологической картины. В стационаре производят биопсию эндометрия. При необходимости определяют экскрецию эстрогенов и прегнандиола, исследуют функции коры надпочечников и других желез внутренней секреции. Сложные исследования осуществляются в специализированных учреждениях. В соответствующих случаях (повторные ранние выкидыши, указания на наследственную патологию) проводятся медико-генетическое, а при показаниях — иммунологические исследования.

Следует отметить, что повторные выкидыши нередко вызывают изменения функции нервной, сосудистой и других систем, что отягощает состояние женщины и осложняет прогноз. В соответствующих случаях проводится терапевтическое и неврологическое исследование женщин, страдающих невынашиванием беременности.

Восстановительное лечение проводится в женской консультации обычного типа или в базовой консультации, если возникает необходимость применения методов, требующих специального оборудования. Необходимо проводить дифференцированное, патогенетическое лечение, учитывая основную причину невынашивания беременности и сопутствующие патологические процессы. Комплексная терапия важна потому, что в патогенезе самопроизвольного прерывания беременности существенную роль нередко играет не один, а несколько факторов. Только прерывание первой беременности может быть связано с одной основной причиной, например с инфантилизмом (однако и в этом случае патогенез является сложным). Последующие вмешательства (инструментальное удаление остатков плодного

яйца и др.), особенно при повторных выкидышах, нередко сопровождаются патологическими процессами (воспалительные заболевания, истмико-цервикальная недостаточность и др.), отягощающими основной этиологический и патогенетический фактор.

Восстановительное лечение направлено на устранение основной (первичной) и вторичных причин невынашивания беременности. Оно может проводиться последовательно или одновременно с целью воздействия на половую и другие системы организма, функции которых нарушены.

По показаниям осуществляют лечение воспалительных заболеваний и их последствий (рубцово-спаечные, дистрофические процессы), сопутствующих нарушений эндокринной и других систем, проявлений инфантилизма, экстрагенитальных заболеваний, проводят корригирующие оперативные вмешательства в связи с истмико-цервикальной недостаточностью, аномалиями развития половых органов и др.

Восстановительное лечение проводится на основе принципов лечения гинекологических заболеваний с использованием гормональных и других препаратов, физиотерапевтических процедур, пелоидотерапии, гидротерапии и др.

Менее обширны диагностические возможности и арсенал лечебных средств при угрозе прерывания наступившей беременности. Диагностика осложняется тем, что выкидыш может произойти без выраженных клинических признаков (болевые ощущения, кровяные выделения), особенно в ранние сроки беременности. Без выраженных предшествующих клинических признаков, на фоне неотчетливых ощущений (тяжести внизу живота, «ком» во влагалище и др.) нередко происходит выкидыш при истмико-цервикальной недостаточности (нередко в 12—14 нед). Профилактическую и лечебную помощь целесообразно начинать до появления клинических признаков угрозы или начала прерывания беременности. Это, в частности, относится к женщинам с повторным самопроизвольным прерыванием беременности, привычным выкидышем, преждевременными родами и другими проявлениями высокого риска в анамнезе.

В распознавании риска преждевременного прерывания беременности существенное значение имеют: анамнестические данные, клиническое обследование и наблюдение (величина, консистенция, форма матки, возбудимость, дина-

мика роста ее, соответствие календарному сроку беременности, зияние наружного зева, характер выделений и др.) и специальные методы исследования.

Из клинических данных имеют значение следующие признаки: плотноватая консистенция и отставание в росте матки в первые недели беременности (характерны для инфантилизма), повышенная возбудимость матки, зияние наружного зева канала шейки матки (истмико-цервикальная недостаточность), малейшая примесь сукровицы к выделениям. Субъективные признаки могут быть недостаточно выражены или отсутствовать.

Диагностике повышенной возбудимости и сократительной деятельности матки может помочь гистерография. Наружную гистерографию можно использовать с 13—14 нед беременности. Она позволяет определить изменение функциональной активности матки за несколько дней до наступления клинических признаков невынашивания беременности.

Из специальных методов исследования, вполне применимых в консультации, следует отметить информативность кольпоцитологических данных, особенно при привычных выкидышах. Полагают, что тревожным признаком является кариопиктоический индекс (КПИ) более 10%. При повышении КПИ до 20—30% угроза прерывания беременности возрастает, при 50% и выше вероятность сохранения беременности незначительна [Vhide et al., 1963]. Увеличение КПИ происходит при снижении экскреции эстриола и прегнандиола (И. С. Розовский).

Дополнительным методом является измерение базальной температуры. Ее снижение в I триместре ниже 37°C является неблагоприятным признаком. Неблагоприятно также появление феномена кристаллизации слизи в канале шейки матки.

В ранние сроки беременности (I триместр) распознаванию угрозы выкидыша помогают данные о снижении экскреции ХГ по сравнению с выделением этого гормона при нормальной беременности. После 12—13 нед беременности диагностическая ценность определения экскреции ХГ значительно снижается.

Значительную информативность имеет определение величины экскреции прегнандиола, по которой можно судить о степени активности образования прогестерона. Определение прогестерона в крови — метод более точный, но применение его затрудняет необходимость многократ-

ного взятия крови для суждения о динамике образования прогестерона.

Для профилактических целей исследуют экскрецию прегнандиола, по степени снижения которой судят о риске прерывания беременности. Граница между нормальной и сниженной экскрецией может быть недостаточно отчетлива. Имеются указания, что снижение суточной экскреции прегнандиола до 2 мг свидетельствует о гибели зародыша, до 4 — о неблагоприятных условиях развития эмбриона, до 6,5 мг — о недостаточности прогестерона [Robey et al., 1961]. Назначение прогестерона корригирует недостаточность этого гормона, но желательный эффект достигается не всегда.

Большое диагностическое значение имеет определение экскреции эстриола. Снижение этого показателя функции фетоплацентарной системы указывает на возможность прерывания беременности не только в ранние сроки, но также во вторую ее половину. По данным литературы, значительное снижение экскреции эстриола свидетельствует о нарушении важнейших функциональных систем плода (3000—10 000 мкг) или его гибели (ниже 2000 мкг).

Известно, что причиной привычных выкидышей нередко являются нарушения функции коры надпочечников, протекающие на фоне маловыраженных клинических признаков. Необходимо выяснить величину экскреции 17-кетостероидов. Повышение этого показателя указывает на изменение процесса синтеза и метаболизма гормонов андрогенного действия. При необходимости осуществляется детальное изучение гормонов коры надпочечников.

Эндокринологические исследования целесообразно проводить повторно. При соответствующих показаниях существенное значение имеет выяснение динамики показателей функций эндокринной системы.

По показаниям (эпидемическая обстановка) производится исследование на токсоплазмоз, бруцеллез и другие инфекционные заболевания, которые могут быть причиной невынашивания беременности.

В процессе обследования и лечения беременной используют доступные клинические и специальные методы исследования плода: ультразвуковое сканирование, электрофонокардиография и др. (см. главу 2). По показаниям проводят также медико-генетическое исследование, результаты которого учитывают при решении вопроса о целесообразности сохранения беременности.

Ведение беременных при риске самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов представляет собой сложную задачу, требующую оказания квалифицированной помощи в консультации и стационаре. При этом консультации принадлежит решающая роль в связи с тем, что в стационаре беременная проводит ограниченное время, необходимое для выполнения специальных исследований и лечения (сложные эндокринологические, иммунологические и другие методы, операции по поводу истмико-цервикальной недостаточности, иглорефлексотерапия, гормонотерапия, профилактика и лечение гипотрофии плода и др.), тогда как в консультации женщина находится под наблюдением с самого начала беременности, после выписки из стационара и до конца беременности. В процессе наблюдения решается вопрос о госпитализации.

Госпитализация рекомендуется: 1) в срочном порядке при появлении признаков угрозы прерывания беременности; 2) профилактически: а) в случаях повторного прерывания беременности в ранние сроки госпитализация показана непосредственно после установления беременности или даже при наличии предположительных признаков (задержка менструации на несколько дней в сочетании с повышением базальной температуры); б) беременную госпитализируют в так называемые критические периоды: в сроки прерывания предшествующих беременностей и в срок 25—28 нед; в) при наличии признаков истмико-цервикальной недостаточности, аномалии развития половых органов, внутриматочных синехий беременную также направляют в стационар до появления клинических признаков выкидыша; г) профилактической госпитализации за 2—3 нед до родов подлежат беременные, подвергавшиеся консервативному и хирургическому лечению по поводу угрозы прерывания беременности.

Особое значение имеют диагностика угрозы преждевременных родов и своевременная госпитализация беременных. Необходимо помнить, что к преждевременным родам предрасполагают все причины, вызывающие выкидыш (инфантилизм, эндокринные нарушения, воспалительные и другие заболевания, истмико-цервикальная недостаточность и др.), а также осложнения, проявляющиеся после I триместра. Среди них особое значение имеют пиелонефрит и другие заболевания почек, тяжелый токсикоз, многоводие и многоплодная беременность, патология плаценты (предлежание, низкое прикрепление и т. д.). заболева-

ния сердечно-сосудистой системы, выраженная анемия, злоупотребление курением, алкоголем и др. Признаками преждевременных родов являются: схватки (регулярные), преждевременное излитие вод, сукровичные выделения и др. При наличии этих признаков госпитализация производится в неотложном порядке.

Ведение в условиях консультаций женщин с риском преждевременного прерывания беременности предусматривает тщательное соблюдение общего режима, рациональное питание, в соответствующих случаях выдачу больничного листа с условием соблюдения полупостельного режима в домашней обстановке (при соответствующих бытовых условиях). Беременные, имевшие ранее выкидыш и преждевременные роды, нуждаются в психотерапии, независимо от этиологии и патогенеза невынашивания. Рациональная психотерапия, воздействуя на кору головного мозга, оказывает нисходящее влияние на гипоталамо-гипофизарную и периферическую нервную системы, определяющие функциональное состояние беременной матки.

Физический, психический и половой покой являются важной составной частью предупреждения преждевременного прерывания беременности. Покой особенно необходим при наличии угрожающих признаков данной патологии, в критические периоды, некоторое время после хирургического вмешательства по поводу истмико-цервикальной недостаточности.

Однако следует избегать длительной гиподинамии, которая оказывает отрицательное влияние на обмен веществ, сердечно-сосудистую, нервную и другие системы. Опыт показывает не только допустимость, но и благотворное действие активных движений (ходьба, нетяжелая работа, лечебная гимнастика) после операций по поводу истмико-цервикальной недостаточности, иглорефлексотерапии [Любимова А. И., 1982, и др.], корригирующей гормональной терапии.

В условиях женской консультации осуществляют поддерживающую терапию, если она показана после выписки из стационара. По показаниям назначают ХГ, эстрогены, гестагены, предпочтительно в небольших дозах. Указанные гормоны применяют в первом триместре беременности; после 12—14 нед они утрачивают значение.

Поддерживающая гормонотерапия (малые дозы преднизолона, дексаметазона и др.) осуществляется в ранние

и поздние сроки беременности при наличии признаков гиперандрогении (дисфункция коры надпочечников). Имеются сообщения об успешном проведении иглорефлексотерапии при невынашивании беременности [Воронцова Г. М., Любимова А. И., 1980]. При своевременной и правильной терапии поддерживающее лечение не требуется. В женской консультации ограничиваются тщательным наблюдением за беременной.

В обязанность врача женской консультации входит повторное обследование беременных, которые были госпитализированы по поводу угрозы самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов и систематическое наблюдение за состоянием их здоровья и развитием беременности.

Профилактика перенашивания беременности и связанных с ним осложнений для матери и плода начинается в женской консультации. С этой целью под особое наблюдение берут беременных, у которых возможно возникновение данной акушерской патологии. К перенашиванию предрасполагают следующие факторы: запоздалое наступление менструаций, нарушения менструальной функции в периоде полового созревания и в зрелом возрасте, признаки инфантилизма, ожирение (алиментарное, нейроэндокринное), заболевания и функциональные нарушения желез внутренней секреции (сахарный диабет, патология щитовидной железы, надпочечников и др.), артериальная гипотония, патология гепатобилиарной системы, предшествующие искусственные аборты (особенно сопровождавшиеся осложнениями), воспалительные и другие заболевания половых органов, предшествующее длительное бесплодие, ранее перенесенные осложнения в родах (запоздалые роды, аномалии родовых сил, патологическая кровопотеря и др.), пожилой возраст первородящей.

В процессе наблюдения обнаруживают явные и недостаточно выраженные признаки перенашивания беременности. Кроме вычисления срока беременности и даты родов (по сроку овуляции, менструации, первого шевеления), проводят объективное исследование. О перенашивании можно судить по таким признакам, как уменьшение окружности живота (на 5—10 см), уменьшение массы тела (на 1 кг и более), понижение уровня расположения дна матки, усиление сократительной деятельности матки в ответ на раздражения (пальпация и др.). Отмечается уменьшение количества околоплодных вод.

Известное значение для диагностики перенашивания имеют данные кольпоцитологического исследования. Полученные данные оценивают следующим образом: «срок родов» — преобладают промежуточные клетки при почти полном отсутствии ладьевидных, соотношение их 3:1, поверхностных клеток 25—30%, повышается эозинофильный и карнопикнотический индекс, «несомненный срок родов» — преобладают поверхностные клетки, промежуточных мало, ладьевидные отсутствуют, эозинофильный и пикнотический индексы достигают 40%, много слизи и лейкоцитов. В условиях стационара применим окситоциновый тест.

Переношенный и перезрелый плод может быть крупным или обычных размеров (даже могут быть признаки гипотрофии). При пальпации удается определить плотность костей головки, при рентгенографии — признаки избыточного окостенения в эпифизе большеберцовых и плечевых костей. Однако рентгенография применима по строгим показаниям при невозможности ультразвукового исследования.

Известны возрастание потребности переношенного и перезрелого плода в кислороде и неполное удовлетворение ее в связи с изменениями в плаценте, присущими перенашиванию беременности (выраженное «физиологическое» старение, проявление плацентарной недостаточности). В связи с этим нередко возникает гипоксия плода. Признаки гипоксии выявляются при клиническом исследовании плода (изменение частоты и ритма сердцебиений) методами электрокардиографии и фонокардиографии, а также путем применения функциональных проб, что доступно в условиях женской консультации.

При подозрении на перенашивание беременности в систему дородовой подготовки рекомендуется включать [Кулаевский В. А., 1973]: 1) внутривенное вливание раствора глюкозы 40 мл 40% и 10 мл 10% раствора хлорида кальция; 2) витамины С (300—500 мг), В₁, В₆ по 1 мл подкожно; 3) АТФ по 1—2 мл 2 раза в день; 4) аскорутин по 2 драже 3 раза в день, галаскорбин по 1 г 3 раза в день; 5) токи д'Арсонваля на область ареол молочных желез по 5 мин; 6) оксигенотерапию; 7) карбохолин по 0,0001 г 2 раза в день; 8) эстрогенные гормоны по 20 000 ЕД 2 раза в день.

Однако этот комплекс лечения можно осуществить лишь в условиях стационара.

При наличии признаков перенашивания беременности

женщину направляют в стационар для дополнительного обследования (определение величины экскреции эстриола, амниоцентез с последующим биохимическим исследованием вод) и решения вопроса о тактике ведения беременности и родов.

Лечебно-профилактическая помощь при токсикозах беременных. Рвота беременных — один из частных видов токсикоза. Однако к данной патологии не следует относить утреннюю рвоту (и тошноту), которая наблюдается не каждый день и не отражается на состоянии беременной. Как токсикоз беременных расценивают рвоту, которая не только бывает по утрам, но повторяется несколько раз в день. Она сопровождается тошнотой, понижением аппетита, изменением вкусовых и обонятельных ощущений.

В настоящее время рвоту беременных рассматривают как расстройство нейроэндокринной регуляции функций организма, причем ведущая роль в этом принадлежит нарушению функционального состояния центральной нервной системы. По мере нарастания тяжести рвоты постепенно развиваются нарушения водно-солевого, белкового и жирового обмена, баланса витаминов и микроэлементов, деятельности желез внутренней секреции.

В соответствии с тяжестью заболевания и степенью возникших нарушений различают: легкую, умеренную (средней тяжести) и тяжелую формы рвоты беременных.

Врачу женской консультации приходится оказывать помощь при легкой форме рвоты. При умеренной и тяжелой рвоте беременных необходимо направить на стационарное лечение непосредственно после установления диагноза. При легкой форме рвоты госпитализация показана в случае отсутствия эффекта лечения, проводимого в консультации. Наблюдение и лечение в консультации при легкой форме рвоты допустимо потому, что изменения в организме сводятся в основном к функциональным сдвигам в нервной системе (понижение активности нервных процессов в коре, повышение возбудимости подкорковых центров, расстройства функций вегетативного отдела нервной системы). Выраженные нарушения обмена отсутствуют, общее состояние не нарушено, артериальное давление и диурез в пределах нормы, изменений в морфологической картине крови нет, рвота повторяется несколько раз в день (2—3 раза), преимущественно после еды

(однако часть пищи удерживается, масса тела беременной не снижается).

Принимать пищу следует небольшими порциями 5—6 раз в день, причем утреннюю порцию — лежа в постели.

Рекомендуются продукты, богатые витаминами. В случае необходимости назначаются препараты витаминов. По показаниям применяют гормоны, проводится лечение всех сопутствующих заболеваний.

Рвота беременных легко поддается лечению, нередко прекращается самопроизвольно. Переход в следующую форму рвоты наблюдается примерно у 10% беременных.

При легкой рвоте беременная посещает врача консультации не реже 1 раза в неделю до устранения клинических проявлений токсикоза. Кроме клинического наблюдения (общее и акушерское исследование, измерение артериального давления, определение массы тела и др.), необходимо производить исследование крови (1 раз в неделю), общий анализ мочи и определение в ней ацетона (1 раз в неделю). При показаниях беременную направляют на консультацию к терапевту, невропатологу и другим специалистам.

В комплексной терапии рвоты беременных большое значение имеют воздействия на центральную нервную систему, поскольку нарушение ее функций составляет основу патогенеза данного токсикоза. Врач консультации использует основы рациональной психотерапии, разъясняя беременной сущность процесса, отсутствие вредных последствий легкой рвоты для ее организма и для плода, временный характер токсикоза и вероятность полного выздоровления.

Имеются сообщения об успешном применении электроанальгезии и иглорефлексотерапии, но эти методы требуют дальнейшего изучения. Хорошие результаты дает физиотерапия (ультрафиолетовое облучение, шейно-лицевая гальванизация с целью рефлекторного воздействия на диэнцефальную область).

Существует большой арсенал медикаментозных средств, в том числе препаратов противорвотного действия (дроперидол, аминазин, этаперазин и др.), но их применение показано в условиях стационара. Это относится также к лечению бромом с кофеином. В условиях консультации можно назначать супрастин и пипольфен (дипразин), дающие антигистаминный эффект и оказывающие седативное действие на центральную нервную систему (назнача-

чают внутрь по 0,025 г 2—3 раза в день после еды). К препаратам, обладающим противорвотным действием, относится торекан, который назначают внутрь по 1 драже в день (в 1 драже содержится 6,5 мг препарата) или в свечах (в каждой содержится 6,5 мг) 1—2 раза в день. Рекомендованы другие многочисленные медикаментозные средства для лечения рвоты беременных, преимущественно для форм заболевания средней тяжести и тяжелой.

Результат терапии в значительной мере зависит от излечения сопутствующих заболеваний (болезней желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, почек, и др.). Обычно лечение бывает успешным, о чем свидетельствуют прекращение рвоты, стабильность пульса, артериального давления, массы тела, нормальные показатели анализов мочи и крови. В случае недостаточного успеха беременную направляют в стационар.

Претоксикоз и поздние токсикозы беременных. Первичная и вторичная профилактика поздних токсикозов относится к числу основных обязанностей врача женской консультации, утвержденных со времени организации этих учреждений в системе советского здравоохранения. Известно, что сущность профилактики единого в своей основе патологического процесса заключается в пропаганде и осуществлении здорового образа жизни, охране здоровья женщины во все периоды жизни, соблюдении режима, гигиены, питания беременной (первичная профилактика), в раннем выявлении признаков токсикоза и рациональной терапии, способствующей предупреждению развития тяжелых форм заболевания (вторичная профилактика).

Проводимая в женских консультациях профилактика способствовала значительному уменьшению числа случаев токсикозов, особенно тяжелых (тяжелые формы нефропатии, преэклампсия и эклампсия) и связанных с ними осложнений родов (аномалии родовых сил, кровотечения, шок и коллапс, акушерские операции и родовые травмы матери). Перинатальная заболеваемость и смертность при токсикозах снижаются, что также в значительной мере зависит от профилактики, проводимой в женских консультациях. Однако поздние токсикозы беременных еще занимают видное место среди различных форм акушерской патологии. В последние 15—20 лет отмечено возрастание частоты атипичных форм позднего токсикоза, особенно нефропатии беременных. Атипичность характеризуется

тем, что клиническая триада симптомов наблюдается не более чем у 50—60% больных, у многих отмечаются два симптома (гипертония и протеинурия, отеки и гипертония, отеки и протеинурия), которые могут быть нерезко выражены.

Практический опыт учит, что при токсикозах, протекающих атипично и с нерезко выраженными клиническими признаками, в нервной, сосудистой, эндокринной, выделительной и других системах организма беременной развиваются изменения, присущие клинически выраженным формам токсикозов. В связи с этим преэклампсия и эклампсия могут возникнуть на фоне нерезко выраженных клинических признаков нефропатии и при атипичном ее течении.

В последние годы опубликованы результаты многочисленных исследований (в том числе трудов монографического характера), которые показывают наличие сложнейших изменений в организме больных нефропатией, происходящих на уровне систем (сосудистая, нервная, эндокринная, иммунологическая, фетоплацентарная и др.) и органов (печень, почки и др.), а также на клеточном и молекулярном уровне. Такие изменения свидетельствуют о риске перерастания нефропатии, в том числе клинически нерезко выраженной, в тяжелые формы заболевания. Угроза перехода токсикоза в более тяжелую форму существует при водянке беременных. В связи с этим к числу важных видов деятельности консультаций относится ранняя диагностика токсикоза, в том числе стертых клинических форм данной патологии.

В настоящее время поставлена задача выявления так называемого претоксикоза беременных (предболезни). Претоксикоз характеризуется возникновением изменений в сосудистой, нервной, выделительной и других системах, переходящих границы нормы при отсутствии клинических проявлений токсикоза [Фрейдлин И. И., 1965; Иванов И. П., 1976]. К проявлениям претоксикоза относят асимметрию артериального давления (на 15 мм рт. ст., или 2 кПа, и более при нормальном абсолютном уровне давления), указывающую на лабильность сосудистой системы, повышенную прибавку массы тела, характерную для скрытых отеков. К претоксикозу можно отнести гипотонию беременных, поскольку это состояние нередко осложняется развитием позднего токсикоза. Следует отметить, что нередко трудно определить отчетливую грани-

цу между претоксикозом и ранними стадиями токсикоза.

Для ранней диагностики токсикоза и претоксикоза необходимо измерение артериального давления на обеих руках, а также взвешивание и исследование мочи при каждом посещении консультации.

При оценке данных измерения артериального давления учитывается его уровень до беременности или при первом посещении женщиной консультации (в ранние сроки). Повышение систолического и диастолического давления с 24—26 нед (иногда раньше) по сравнению с измерениями его в первую половину беременности, не выходящее за пределы нормальных показателей, свидетельствует о претоксикозе [Иванов И. П., 1976]. Увеличение систолического давления на 20—30% по отношению к исходному и диастолического давления на 10—15% рассматривается как патологическое состояние сосудистой системы, угрожающее развитием токсикоза [Грищенко В. И., 1977].

Отсутствует единство мнений относительно верхней границы нормы артериального давления, несмотря на большое значение повышения этого показателя для диагностики токсикоза. Существует мнение о признании в качестве показателя начинающегося токсикоза систолического давления выше 130 мм рт. ст. (17,3 кПа) и диастолического — более 75—80 мм рт. ст. (10—10,7 кПа). Большинство акушеров считают верхней границей нормы 120/130/70—75 мм рт. ст. (16—17,3/9,33—10 кПа). Однако если до беременности (или в ранние сроки ее) наблюдалась гипотония, то повышение артериального давления до 130/70—75 мм рт. ст. (17,3/9,33—10 кПа), следует считать признаком начинающегося токсикоза.

Систематическое исследование мочи также способствует диагностике претоксикоза и ранних стадий токсикоза. Проявлением указанных состояний следует считать любую протеинурию, поддающуюся цифровому выражению, и даже следы белка в моче [Грищенко В. И., 1977].

Большое внимание уделяется обнаружению скрытых отеков как одного из основных признаков претоксикоза и ранней стадии токсикоза. Общепринятым методом являются взвешивание беременной и наблюдение за динамикой нарастания массы тела. Считается нормальной прибавка массы тела в последние месяцы беременности примерно на 350 г еженедельно. Однако имеются данные о более значительном увеличении (400 г и более) массы тела при нормальном течении и исходе беременности. Отклонения

в динамике этого показателя зависят от роста, исходной массы тела беременной, а также от снижения массы тела в связи с ранним токсикозом.

Учитывая указанные данные, И. Н. Желоховцева (1968) предложила номограмму, за основу которой принят весо-ростовой коэффициент (отношение массы к росту). Этот коэффициент (ВРК) вычисляется в процентах путем деления начальной (до 12 нед) массы тела в килограммах на рост женщины в сантиметрах:

$$ВРК = \frac{\text{начальный вес (масса)} \cdot 100}{\text{рост}}$$

Для женщины среднего роста ($158 \pm 5,4$ см) и умеренной упитанности ($57 \pm 7,5$ кг), т. е. нормостенического телосложения, этот коэффициент равен $36 \pm 4\%$. Для женщин гипостенического телосложения (худощавых) ВРК уменьшается до $28 \pm 8\%$, для беременных гиперстенического телосложения — увеличивается до $45 \pm 5\%$.

Для беременных нормального телосложения и среднего роста характерно увеличение массы тела за всю физиологически протекающую беременность на 16—17% от ее исходной величины, т. е. на $9,7 \pm 1$ кг. Масса тела женщин гипостенического телосложения возрастает на 22—23%, или на $10,6 \pm 1$ кг, гиперстенического — на 12—13%, т. е. на $8,8 \pm 0,9$ кг.

По данным Б. И. Школьника (1969), увеличение массы тела за неделю в III триместре беременности не должно быть более 22 г на 10 см роста и 55 г на каждые 10 кг исходной массы тела.

При умеренном превышении прироста массы тела необходимо учитывать данные повторных взвешиваний и показатели других функций (артериальное давление, протеинурия и др.).

О наличии скрытых отеков можно судить по следующим признакам: 1) увеличению окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели; 2) снижению диуреза при нарастании массы тела, превышающем нормальные пределы; 3) симптому «кольца» (становится тесным), указывающему на отечность тканей [Иванов И. П., 1978]. Для определения гидрофильности тканей применяют пробу Мак-Клюра—Олдрича. В кожу внутренней поверхности предплечья вводят 0,2 мл изотонического раствора хлорида натрия. Образовавшаяся папула

при нормальной гидрофильности тканей исчезает не быстрее чем за 1 ч; при скрытых отеках рассасывание папулы происходит быстрее.

К проявлениям претоксикоза относятся также уменьшение объема циркулирующей крови, гипопротейнемия, увеличение содержания натрия в плазме крови. В таких случаях показана офтальмоскопия, которая позволяет судить не только о сосудах глазного дна, но косвенно — о состоянии всей сосудистой системы. При возникновении токсикоза офтальмоскопия указывает на спазм артериальных отделов и расширение венозных частей капилляров, замедление тока крови, мутный фон сетчатки. С целью ранней диагностики токсикоза рекомендуется исследовать глазное дно у всех беременных при возникновении даже проявлений претоксикоза.

По мнению большинства авторов [Грищенко В. И., 1977; Иванов И. П., 1971, и др.], состояние претоксикоза является показанием к направлению в стационар, где осуществляются обследование и лечение. Это относится и к начальным формам токсикоза беременных.

В инструктивно-методических рекомендациях Министерства здравоохранения СССР отмечена допустимость наблюдения за беременной при первой степени отека при условии посещения ею врача 2 раза в неделю, а после исчезновения проявлений водянки — 1 раз в неделю. При этом проводится дегидратационная терапия, назначается гипохлоридная диета. В рацион питания рекомендуется включать продукты, способствующие увеличению диуреза — курагу, морковь, свежую капусту, отвар шиповника, петрушку, ежевичный сок и др. Рекомендуются ограничение физической нагрузки, длительное пребывание на свежем воздухе. Полезны воздушные ванны, ежедневно теплый душ, удлинение физиологического сна. При необходимости применяются седативные средства (настойка пустырника и корня валерианы). Если отеки не исчезают в течение 1—2 нед, то беременную направляют в стационар. При отеках II—IV степени, нефропатии показана госпитализация без попыток лечения, в консультации. Проявления преэклампсии диктуют необходимость срочной госпитализации.

Следует считать важным принцип лечения в стационаре всех клинических форм позднего токсикоза. Ранняя госпитализация является условием для своевременной терапии, предупреждающей переход его в тяжелую форму.

Врачу женской консультации хорошо известны классификация различных клинических форм позднего токсикоза, степени тяжести заболевания и прогноз. В настоящее время предложены системы оценки тяжести токсикоза, выраженной в баллах. В качестве примера балльной системы оценки тяжести токсикоза может быть использована унифицированная шкала [Иванов И. П., Вашилко С. Л., 1980] (табл. 12).

Таблица 12. Унифицированная шкала оценки степени тяжести позднего токсикоза беременных

Симптомы позднего токсикоза	Оценка в баллах ¹
I. Отеки:	
отеки стоп и голеней	1
выраженные отеки стоп, голеней и бедер	2
отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, рук	3
отеки туловища	4
генерализованные отеки туловища и лица	5
II. Систолическое артериальное давление:	
126—139 мм рт. ст. (16,8—18,5 кПа)	1
140—159 » » » (18,7—21,2 »)	2
160—179 » » » (21,38—23,8 »)	3
180—199 » » » (24—26,5 »)	4
200 мм рт. ст. (26,7 кПа) и выше	5
III. Диастолическое артериальное давление:	
90—99 мм рт. ст. (12—13,2 кПа)	1
100—109 » » » (13,3—14,5 »)	2
110—119 » » » (14,7—15,8 »)	3
120—129 » » » (16—17,2 »)	4
130 мм рт. ст. (17,3 кПа) и выше	5
IV. Протеинурия:	
до 1 г/л	1
от 1 до 2,9 г/л	2
3 » 4,99 »	2
5 » 9,9 »	3
10 г/л и более	5
V. Симптомы преэклампсии	5
VI. Эклампсия	10
VII. Нарушение мозгового кровообращения (отек мозга, кровоизлияние в мозг)	15

¹ Тяжесть водянки и гипертонии беременных определяется по количеству баллов: 1—2 балла — легкая форма; 3 — средней тяжести и 4—5 — тяжелая форма. Тяжесть нефропатии беременных соответствует суммарному баллу: до 5 — легкая форма; 6—7 — средней тяжести, 9 и более — тяжелая форма.

Из стационара беременных выписывают после исчезновения клинических признаков токсикоза, подтвержденного соответствующими лабораторными исследованиями. У врача женской консультации возникает новая задача — детальное наблюдение за беременными с целью предупредить рецидив заболевания. Кроме акушера, беременную исследует терапевт, окулист, по показаниям — другие специалисты. Необходим контроль за динамикой массы тела беременной, состоянием сосудистой системы, диурезом. Производят общий анализ крови (при токсикозах нередко возникает железодефицитная анемия). Определяют содержание общего белка в сыворотке крови (может вновь возникнуть гипопротейнемия). При необходимости исследуют фракции белков (в частности, определяют альбуминоглобулиновый коэффициент). Производят общий анализ мочи, исследование мочи по Нечипоренко. Осуществляют контроль за развитием плода (пальпация, измерения, аускультация, ЭКГ, ФКГ, ультразвуковое исследование). Это весьма важно потому, что при длительном течении токсикоза (особенно тяжелых форм) нередко наблюдается гипотрофия плода.

Рекомендуется гипохлоридная диета, содержащая сбалансированное количество всех ингредиентов, ограничение жидкости. По показаниям назначают седативные средства (препараты валерианы, пустырника) и препараты гипотензивного действия. Однако медикаментозную терапию, показанную при возобновлении признаков токсикоза, целесообразно проводить в стационаре.

Все беременные, перенесшие поздний токсикоз и выписанные под наблюдение женской консультации, подлежат дородовой госпитализации в срок не позднее 38 нед.

Иммунологическая несовместимость по резус-фактору и системе АВ0 может быть причиной гемолитической болезни плода и новорожденного. При изучении этой проблемы установлено, что иммунизация по указанным факторам крови предрасполагает к возникновению осложнений у матери. Анемия, поздние токсикозы, преждевременные роды у женщин, sensibilizированных к резус-антигену, наблюдаются чаще, чем у резус-положительных беременных и рожениц. Однако при sensibilизации матери наибольшая опасность угрожает плоду, у которого могут возникнуть тяжелые формы гемолитической болезни (сочетание анемии с желтухой и отеками), угрожающие жизни или ведущие к инвалидности (поражение центральной нервной системы).

Определение резус-принадлежности и групповых антигенов крови производится у каждой беременной. Особенно тщательно исследуются повторнобеременные. У резус-отрицательных повторно-беременных риск сенсибилизации и развития гемолитической болезни плода возрастает с каждой беременностью.

У первобеременных сенсибилизация и гемолитическая болезнь плода возникают значительно реже. Сенсибилизация угрожает первобеременным, которым ранее производилось переливание крови. Этот риск значителен у женщин, перенесших аборт до наступления настоящей беременности.

У резус-отрицательных женщин исследование крови для выявления резус-антител и степени сенсибилизации производится не менее 1 раза в месяц в первую половину и 2 раза в месяц во вторую половину беременности. В такой же последовательности выявляется сенсибилизация к групповым антигенам крови.

При резус-отрицательной реакции крови у беременной рекомендуется определить резус-принадлежность и группу крови у мужа. При резус-положительной принадлежности мужа и совпадении группы крови мужа и жены риск гемолитической болезни у плода возрастает, поэтому контроль за степенью сенсибилизации беременной, состоянием и развитием плода должен быть усилен. Кроме проведения иммунологических исследований, систематически изучается морфологическая картина крови с подсчетом ретикулоцитов. При наличии соответствующих показаний осуществляется консультация терапевта, гематолога и других специалистов.

О состоянии плода судят на основании результатов клинического исследования, ЭКГ, ФКГ. По возможности беременную направляют на ультразвуковое исследование.

В случае необходимости при доношенной беременности (отсутствие ультразвукового аппарата) можно сделать рентгенографию, которая дает достаточную информацию о развитии плода (особенно при наличии отечности, присутствующей тяжелой форме гемолитической болезни).

При наличии признаков сенсибилизации проводят десенсибилизирующую терапию. Для этой цели предложено много средств, которые не всегда эффективны. Рекомендуется применять витамины С, Е, В, рутин, гамма-глобулин, преднизолон в малых дозах, проводить антианеми-

ческое лечение, по показаниям (в стационаре) назначать глюкозу с аскорбиновой кислотой внутривенно, ингаляции кислорода. Десенсибилизирующая терапия рекомендуется в 8, 16, 24, 28, 34 нед беременности. В последние годы применяют метод пересадки кожного лоскута, взятого у мужа.

В связи с недостаточной эффективностью лечения резус-сенсibilизации многие акушеры рекомендуют досрочное родовозбуждение, чтобы сократить период воздействия резус-антител на организм плода. Однако при этом учитывают опасность искусственно вызванных преждевременных родов для плода и матери. Решение этого вопроса всегда вызывает у врачей тревогу. В соответствии с существующими установками врач женской консультации решает вопрос о госпитализации с учетом необходимости дообследования и лечения в стационаре. Обязательна дородовая госпитализация в срок 34 нед беременности.

Лечебно-профилактическая помощь беременным при анемии. Беременность сопряжена с повышенным расходом железа в связи с потребностями плода, развитием плаценты, ростом матки, усилением кроветворения у матери. Железо, поступающее из материнского организма к плоду, расходуется главным образом на кроветворение, а к концу внутриутробной жизни в печени откладывается (депонируется) до 300—500 мг. Однако у большинства женщин повышенный расход покрывается за счет усиления мобилизации эндогенного железа из депо материнского организма и усвоения его из пищи.

Железодефицитная (гипохромная) анемия (ЖДА) развивается у беременных при истощении депонированного железа и невосполнении его вследствие ряда причин. Возникновению ЖДА во время беременности способствуют: хронический гастрит, энтероколит, холецистит, панкреатит, глистные инвазии, гипотиреоз, латентные инфекции (тонзиллит, пиелонефрит и др.), при которых нарушаются процессы усвоения железа. Имеет значение недостаточность железа, микроэлементов, белка и витаминов в пище. Алиментарный фактор в наших условиях не относится к числу основных этиологических факторов ЖДА. К развитию данной патологии предрасполагают кровопотери, предшествующие беременности (меноррагии, геморроидальные кровотечения и др.). ЖДА относится к частым осложнениям беременности: по данным литературы, она наблюдается у 15—20% жен-

щин, причем возникает как в первой, так и во второй половине беременности (чаще).

При диагностике анемии следует учитывать изменения в крови, присущие нормальной беременности (см. главу 1), в частности более значительное увеличение плазмы крови по сравнению с приростом массы эритроцитов. Преимущественное увеличение плазмы приводит к снижению показателей гематокрита и красной крови.

Основным признаком ЖДА является снижение гемоглобина, более существенное по сравнению с эритроцитами, что вызывает уменьшение цветового показателя. При физиологической гемодилуции (псевдоанемия) этот показатель не снижается. Диагноз ЖДА становится при содержании гемоглобина ниже 110 г/л, показателе гематокрита менее 30%, цветовом показателе менее 0,8 и уровне сывороточного железа менее 80 мкг/л (0,43 ммоль) [Омаров М. А., 1978]. Число эритроцитов также снижается (менее 3,5 млн. или $3,5 \cdot 10^{12}$ /л).

По степени снижения гемоглобина, цветового показателя эритроцитов и гематокрита судят о тяжести анемии, различая легкую, среднетяжелую и тяжелую формы. В зависимости от содержания гемоглобина анемию считают легкой при снижении этого показателя до 110—100 г/л, средней тяжести — 100—80 г/л, тяжелой — менее 80 г/л. Принимают во внимание стертый характер клинических проявлений при легкой форме ЖДА у ряда беременных женщин. Это связано с компенсаторным усилением кровообращения, что предупреждает развитие гипоксии. Обычными признаками ЖДА являются утомляемость, слабость, иногда головокружение, отмечается учащение пульса. Анемии нередко сопутствует артериальная гипотония.

Выраженная ЖДА оказывает отрицательное влияние на организм матери и плода. Гипоксия, присущая этой патологии (если она не компенсируется), влияет на функции нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма беременной. Беременность нередко осложняется возникновением позднего токсикоза, в родах наблюдаются слабость сократительной деятельности матки, повышается процент оперативных вмешательств. Сравнительно часто возникает гипотоническое кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде; анемия предрасполагает к возникновению послеродовых заболеваний инфекционной этиологии.

В ответ на гипоксию у плода может возникнуть компенсаторное усиление кроветворения, но при недостатке железа этот процесс непродолжителен. Только при нетяжелой анемии показатели развития плода могут быть нормальными. При выраженной анемии плоду угрожает гипотрофия, в родах часто возникает асфиксия, нередки родовые травмы. После 4—6 мес жизни у детей нередко развивается гипохромная анемия.

Изложенное указывает на необходимость своевременной диагностики лечения ЖДА. Эти задачи решаются акушером-гинекологом женской консультации совместно с терапевтом. Госпитализация показана при необходимости уточнения характера анемии (ЖДА, фолиево-В₁₂-дефицитная, гемолитическая), в случае недостаточной эффективности лечения в условиях консультации и при выраженных гематологических и клинических признаках ЖДА. Клинический анализ крови производится один раз в неделю. Определяются также содержание билирубина в крови и уробилина в моче.

Лечение ЖДА комплексное. Основой его является применение железосодержащих препаратов при одновременном назначении сбалансированного питания. Важное значение имеет лечение сопутствующих заболеваний (гастрит, колит и др.).

В условиях женской консультации рекомендуется применять препараты железа внутрь. К этой группе относятся восстановленное железо, сульфат железа, драже «феррокаль», гемостимулин, ферроцерон и др. Наиболее эффективно восстановленное железо в суточной дозе 1,5—2 г. Препараты сульфата железа (по 0,3 г 3 раза в день) хорошо всасываются. Дражированный препарат феррокаль (суточная доза 6 драже) хорошо переносится беременными, так же как гемостимулин (суточная доза 3—4 таблетки) и феррацерон (суточная доза 3—6 таблеток). Все препараты железа следует принимать после еды вместе с аскорбиновой кислотой (доза 0,2—0,3 г на прием). Продолжительность лечения 3—4 нед; затем делают двухнедельный перерыв и возобновляют лечение в соответствии с гематологическими показателями. М. А. Омаров рекомендует проводить 4—6 циклов лечения железосодержащими препаратами.

Пища должна содержать белок (100—120 г в день), достаточное количество железа, микроэлементов, витаминов. Рекомендуется включать в пищевой рацион говядину,

баранину, печень, куриное мясо, творог, яйца, рыбу, яблоки, курагу, изюм, морковь, свеклу, бобы и другие продукты, богатые белком, витаминами и микроэлементами.

В процессе лечения тщательно наблюдают за развитием беременности и состоянием плода (см. главу 2).

B_{12} -фолиедефицитная анемия возникает вследствие эндогенной недостаточности витамина B_{12} и фолиевой кислоты, при недостатке этих витаминов в пище, хронических или острых инфекционных заболеваниях.

Гематологические показатели: снижение содержания гемоглобина и числа эритроцитов, повышение цветового показателя (выше 1,0), увеличение размера эритроцитов, появление дегенерации (пойкилоцитоз, базофильная зернистость и др.). Отмечается повышение содержания билирубина в крови.

Применяют витамин B_{12} и фолиевую кислоту в сочетании с витаминами С и B_1 . Пища должна быть богатой витамином B_{12} (мясо, печень и др.). При других формах анемии (гемолитическая, гипо- и апластическая) беременных направляют в стационар. Госпитализация необходима и при подозрении на указанные формы анемии.

Дистония сосудистой системы в период беременности.

Дистония сосудистой системы нередко сопутствует беременности. Это расстройство адаптационной тонической функции кровеносных сосудов клинически проявляется в форме гипертонии (гипертензия) или гипотонии (гипотензия). Причины возникновения дистонии весьма многообразны, их конечным результатом является расстройство нейрогуморальной регуляции функции сосудистой системы. Существенное значение имеют факторы, воздействующие на все уровни центральной нервной системы (кора, подкорковые структуры, особенно вегетативные центры гипоталамуса и др.). Важную роль играет симпатическая нервная система, которая посредством медиаторов катехоламинов регулирует процесс повышения или понижения тонуса сосудов. Катехоламины оказывают действие на α - или β -адренергические системы сосудистых стенок, вызывая повышение или понижение их тонуса. К гуморальным факторам регуляции тонуса сосудистой системы относятся гормоны и некоторые продукты метаболизма, обладающие вазоактивными свойствами. Возникновению сосудистой дистонии способствуют нарушения функций надпочечников, щитовидной железы, гипофиза, яичников [Жмуркин В. П., 1977; Бергман А. С., 1977; Тимошенко Л. В. и соавт., 1972].

Существует много классификаций дистонии сосудистой системы, проявляющейся в форме гипертонии и гипотонии. Практически наиболее удобно различать две основные формы — неврогенную, или первичную (невроз), и симпатоматическую. Как показывает название, симптоматическая форма дистонии служит не самостоятельным патологическим процессом, а одним из проявлений других заболеваний (патология эндокринной системы, пороки сердца, инфекционные заболевания, интоксикации, аллергия и др.).

Гипертония у беременных женщин может быть неустойчивой или стабильной, приобретающей характер гипертонической болезни.

Гипертоническая болезнь у беременных не представляет редкости, однако точные статистические данные о частоте этой патологии отсутствуют. По отношению ко всем беременным, поступившим с симптомом гипертонии, гипертоническая болезнь установлена у 12—25% [Беккер С. М., 1958; Азлецкая-Романовская Е. А., 1961, и др.].

Гипертоническая болезнь может предшествовать возникновению беременности или ее симптомы проявляются в связи со значительными изменениями, присущими гестационному процессу.

Распознавание гипертонической болезни в период беременности нередко затруднено в связи с особенностями ее течения в этот период жизни. Гипертоническая болезнь у беременных может протекать без субъективных расстройств, особенно в начальной стадии. Может наблюдаться временное снижение артериального давления (чаще в первой половине или в середине), что может быть причиной диагностической ошибки. При этом артериальное давление даже достигает нормального уровня (в I стадии гипертонической болезни) или уровень его снижается значительно, но в поздние сроки беременности повышается вновь.

Причины депрессорного влияния беременности на сосудистую систему изучены недостаточно. Предполагают, что имеют значение изменения в нервной и эндокринной системах организма матери, а также продукты метаболизма плода.

Гипертоническая болезнь в 30—50% случаев осложняется присоединением позднего токсикоза, что отягощает течение беременности и родов, а также прогноз потом-

ства. В таких случаях могут возникнуть нарушения сердечной деятельности (одышка, сердцебиение, изменения ЭКГ), изменения в сосудах глазного дна, ангиоспазм и другие симптомы. При выраженной форме гипертонической болезни (II—III стадия) замедляется развитие плода, отмечаются признаки гипотрофии и функциональной незрелости при рождении, асфиксия, а также родовые травмы, в том числе связанные с патологией в родах и оперативными вмешательствами.

Диагностика и лечение гипертонической болезни беременных осуществляются при активном участии терапевта, которому принадлежит основная роль в решении этих задач. Задачи диагностики и терапии осложняются не только возможностью ухудшения процесса, присоединением позднего токсикоза, но также тем обстоятельством, что артериальная гипертензия может быть симптомом других заболеваний (хронический нефрит, тиреотоксикоз, болезнь Иценко—Кушинга и др.), определяющих особенности лечения, а также тактику ведения беременности и родов.

Беременные должны систематически посещать терапевта: в первой половине беременности не менее 1 раза, во второй — 2 раза в месяц. В обязательном порядке осуществляется обследование беременной окулистом (2—3 раза в течение беременности), а при необходимости — другими специалистами). Кроме общепринятых методов исследования, используются электрокардиография (матери и плода), ультразвуковое исследование.

Лечение гипертонической болезни I стадии возможно в условиях женской консультации. Во II A стадии необходима госпитализация для дополнительного обследования и решения вопроса о допустимости беременности. Если беременность сохраняется, то лечение проводится в стационаре, а затем беременная находится под наблюдением врача женской консультации. Во II B и III стадии показана срочная госпитализация для прерывания беременности.

В I A стадии терапевт и акушер-гинеколог начинают лечение в консультации. Беременной рекомендуют эмоциональный покой, назначают препараты валерианы, настойку пустырника, диету с ограничением поваренной соли, жиров и белков, но достаточно богатую витаминами. При нарушениях сна могут быть использованы димедрол и пипольфен. С гипотензивной целью рекомендуются папа-

верин, но-шпа, гемитон, допегит, препараты раувольфии (в конце беременности назначение последних нежелательно в связи с риском возникновения у плода ринита, брадикардии и др.). С осторожностью следует применять седативные средства (кроме валерианы и пустырника), транквилизаторы и анальгетики. Применение барбитуратов противопоказано.

Гипотония и беременность — проблема, интересующая акушеров-гинекологов в связи с ее сравнительно высокой частотой (у 3% беременных, по данным В. К. Пророковой) и возможностью возникновения сопутствующей акушерской и перинатальной патологии. Единого мнения об уровне артериального давления, позволяющем обосновать диагноз гипотонии беременных, нет. Однако данные, полученные в последние годы [Бергман Л. С., 1977; Ракуть В. С., 1975], показывают, что диагноз гипотонии может быть установлен при максимальном давлении, не превышающем 100 мм рт. ст. (13,3 кПа), и минимальном — 60 мм рт. ст. (8 кПа).

Гипотония беременных развивается при недостаточности нейрогуморальной регуляции сосудистой системы, в том числе зависящей от заболеваний, не связанных с беременностью (симптоматическая гипотония). Нерезко выраженная гипотония может протекать без явных нарушений (компенсированная форма). При выраженной нейроциркулярной гипотонии у беременных возникают жалобы на слабость, быструю физическую и интеллектуальную утомляемость, сердцебиение, одышку. При переходе из горизонтального положения в вертикальное возможны такие проявления, как потемнение в глазах и головокружение (ортостатические признаки). Применение специальных методов исследования позволило обнаружить снижение минералокортикоидной функции надпочечников, уменьшение содержания в крови катехоламинов (адреналин, норадреналин), серотонина и других биологически активных веществ.

Отмечены функциональные изменения в центральной нервной системе, особенно в структурах, участвующих в регуляции тонуса сосудов.

Течение гипотонии нередко осложняется гипохромной анемией, токсикозами, появлением признаков преждевременного прерывания беременности. Нередко отмечают преждевременное отхождение вод, гипотоническое кровотечение, аномалии родовых сил.

Распознавание гипотонии беременных осуществляется с помощью терапевта, что особенно важно для исключения нераспознанных ранее заболеваний, обуславливающих симптоматическую гипотонию. При симптоматической гипотонии основным принципом являются лечение основного заболевания и последующее определение тактики ведения беременности и родов.

При нейроциркуляторной форме гипотонии рекомендуется применять настойку женьшеня или лимонника, кокарбоксилазу, витамины (B_1 и B_{12}). Кроме указанных средств, вводят внутривенно глюкозу с аскорбиновой кислотой, однако желательно избегать внутривенного введения лекарств. При гипотонии, сопровождающейся проявлениями криза, эффективен кофеин. По показаниям (снижение функции надпочечников) применяют дезоксикортикостерон. При недостаточности указанной терапии беременную направляют в стационар, где проводят лечение мезатоном, фетанолом и другими средствами.

Тазовые предлежания и неправильное положение плода распознаются в женской консультации. Здесь же беременным оказывают первую лечебно-профилактическую помощь.

Поперечные и косые положения плода безоговорочно относятся к серьезным видам акушерской патологии. В отношении тазовых предлежаний существуют другие мнения. Продольное положение плода, наличие физиологического механизма родов, самопроизвольные роды живым плодом у большинства женщин лишают убедительности мнение тех авторов, кто относит беременность и роды в тазовом предлежании к патологическим. Однако частота осложнений в родах, при которых возрастает необходимость применения акушерских операций и пособий, а также повышение риска асфиксии, родовых травм и других видов перинатальной патологии указывают на необходимость строгой и разумной оценки данного вида предлежаний. Многие представители отечественного акушерства [Груздев В. С., 1922; Гентер Г. Г., 1936; Малиновский М. С., 1978, и др.] полагают, что тазовые предлежания плода являются состоянием, пограничным между нормой и патологией.

В практической работе к беременным с тазовым предлежанием плода следует относиться с особым вниманием. Как правило, такое положение устанавливается не ранее 29—30 нед. В более ранние сроки беременности вполне

возможен самоповорот плода, результатом чего является головное предлежание.

Диагностика тазового предлежания обычно не вызывает затруднений, кроме случаев, когда имеют место ожирение, напряжение мышц живота, повышенный тонус матки, многоплодная беременность, пороки развития плода. В таких случаях применяются дополнительные методы исследования: электрокардиография плода, ультразвуковое сканирование, в крайнем случае при доношенной беременности — рентгенографию.

На ЭКГ желудочковый комплекс (QRS) плода обращен книзу, а не вверх, как при головном предлежании. При ультразвуковом исследовании выявляется не только характер предлежания (чистое ягодичное, смешанное), но также размеры плода, локализация плаценты, пороки развития плода. На рентгенограмме предлежание определяется отчетливо.

При сроке беременности 29—34 нед рекомендуется проведение комплекса специальных упражнений, способствующих повороту плода в головное предлежание. Корректирующие упражнения выполняются при отсутствии противопоказаний (рубец на матке, признаки прерывания беременности, миома, кровянистые выделения, пороки сердца с проявлениями декомпенсации и др.) врачом женской консультации или под его непосредственным наблюдением. Можно использовать схему И. Ф. Диканя (беременная лежа поворачивается попеременно на правый и левый бок, лежит после каждого поворота 10 мин; процедуру повторяют 3—4 раза; такие занятия проводят 3 раза в день) или систему корректирующих упражнений, разработанных И. И. Грищенко и А. Е. Шулешовой. Эта система успешно применяется рядом авторов. Суть ее сводится к упражнениям, обеспечивающим ритмичное сокращение мышц брюшного пресса, соответствующих мышц туловища в сочетании с правильным ритмичным и глубоким дыханием. Упражнения состоят из вводного, основного и заключительного комплексов.

Вводный комплекс. 1. Ходьба с размахом рук 1—2 мин.

2. Стоя, ноги расставлены на ширину плеч, руки вдоль туловища. По счету «раз» руки поднять в стороны и одновременно потянуться на носках, немного прогнуть спину и глубоко вдохнуть.

3. По счету «два» руки опустить, сделать выдох.

Повторить упражнение 3—4 раза. Комплекс основных упражнений. 1. Положение на боку (на топчане, жесткой кушетке), соответствующем позиции плода (левом — при первой, правом — при второй пози-

ции). Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах; лежать спокойно 5 мин.

2. Делая глубокий вдох, повернуться через спину на противоположный бок. Лежать спокойно с согнутыми ногами 5 мин.

3. Оставаясь на том же боку, выпрямить ногу соответственно позиции плода. Другая нога остается согнутой в коленном и тазобедренном суставах.

4. Глубокий вдох, резко согнуть выпрямленную ногу в коленном и тазобедренном суставах, обхватить руками колено, отвести в сторону спинки плода. При этом беременная наклоняется вперед, описывая согнутой ногой полукруг и касаясь передней брюшной стенки.

5. Глубокий удлиненный вдох. Ногу выпрямить и опустить.

6. Повторить упражнение через 5 с. После полного вдоха и выдоха лежать в течение 10 мин (дома упражнение выполняют 5—6 раз в день).

Заключительные упражнения. 1. Лежа на спине с согнутыми и несколько разведенными бедрами, упор стоп на ширину плеч, руки вдоль туловища.

2. По счету «раз» поднять тазовый конец туловища (упор на плечи и стопы) и сделать глубокий вдох.

3. По счету «два» принять исходное положение и сделать выдох.

4. Лежа на спине, сократить ягодичные мышцы, втянуть живот и промежность, сделать вдох, расслабить мышцы — выдох. Упражнение повторяют 5—6 раз (для укрепления мышц промежности).

При положительном результате занятия прекращают (за исключением заключительных). Для закрепления создавшегося головного предлежания к бандажу прикрепляют продольные валики. Пояс с валиками беременная носит до полной стабилизации головного предлежания (головка прижата ко входу в малый таз).

При безуспешности занятий решают вопрос о попытке наружного поворота плода по Архангельскому. Однако отношение к этой операции неоднозначно. Многие акушеры предпочитают вести роды в тазовом предлежании, учитывая ряд противопоказаний к повороту и возможность осложнений при его осуществлении. Поворот противопоказан при рубце на матке, угрозе прерывания беременности, возрасте беременной старше 30 лет, бесплодии в анамнезе, отягощенном акушерском анамнезе, позднем токсикозе, тяжелых экстрагенитальных заболеваниях, аномалиях развития матки, локализации плаценты на передней стенке матки и в нижнем сегменте, многоводии, маловодии, многоплодной беременности и др.

Если противопоказания отсутствуют, наружный поворот производят в стационаре при сроке беременности 35—36 недель. В условиях консультации попытку к наружному повороту может сделать только очень опытный врач, при возможности немедленной госпитализации в случае возникновения осложнений.

Если корригирующая гимнастика оказывается безуспешной и тазовое положение плода сохраняется, имеются

какие-либо отклонения от нормального течения, то женщину необходимо направить в стационар при сроке беременности 38—39 нед. Досрочная госпитализация позволяет произвести дополнительные исследования и выбрать рациональную тактику ведения родов.

Неправильные положения плода (поперечные, косые) явление, как известно, патологическое. До 30 нед возможен самоповорот в продольное положение, после этого срока нередко происходит стабилизация неправильного положения в связи с тем, что этиологический фактор не устраняется (аномалии развития матки, дряблость мускулатуры передней брюшной стенки, пониженный тонус матки, многоводие, предлежание плаценты и др.). Распознавание неправильных положений обычно удается путем пальпации, при необходимости применяют ультразвуковое сканирование или рентгенографию.

При неправильных положениях плода рекомендуется корригирующая гимнастика по И. И. Грищенко и А. Е. Шулеховой. В случае ее безуспешности решается вопрос о наружном повороте (в условиях стационара), если нет противопоказаний (такие же, как при повороте из тазового в головное предлежание).

При поперечных (косых) положениях плода могут быть рекомендованы следующие упражнения (И. И. Грищенко, А. Е. Шулехова).

Основной комплекс. 1. Положение на боку, соответствующем позиции плода (головка слева — на правом боку, справа — на левом боку), ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Лежать 5 мин.

2. Глубокий вдох, поворот на противоположный бок. Лежать 5 мин.

3. Выпрямить ногу (при первой позиции правую, при второй — левую); другая нога остается согнутой.

4. Охватить руками колено, отвести его в сторону, противоположную позиции плода. Туловище при этом наклоняется вперед. Согнутой ногой описывают полукруг, касаясь передней брюшной стенки, сделать глубокий, удлиненный выдох, и, расслабляясь, выпрямить и опустить ногу.

После установления диагноза беременная посещает врача консультации 1 раз в неделю. Ее направляют в стационар в срок 37—38 нед, а при необходимости корригирующей терапии — раньше (34—35 нед).

Многоплодная беременность относится к группе риска осложнений беременности (токсикозы, преждевременные роды), родов (аномалии родовых сил, положение и предлежание плода, преждевременное и раннее отхождение вод, гипотоническое кровотечение и др.) и пе-

ринальной патологии (асфиксия, родовые травмы и др.). При многоплодной беременности во второй ее половине женщина посещает консультацию еженедельно, где подвергается тщательному обследованию с целью ранней диагностики токсикозов, анемии, многоводия и других патологических процессов, нередко осложняющих течение многоплодной беременности. В случае появления осложнений женщину следует направить в стационар при любом сроке беременности. Если осложнения не возникают, то госпитализация производится в срок 37—38 нед, что обеспечивает возможность дополнительных исследований и определения плана ведения родов.

Многоводие нередко сопутствует аномалиям развития плода, диабету, токсоплазмозу, иммунологической несовместимости по резус-фактору (непосредственной причиной является нарушение функций амниона). При многоводии стремятся выявить этиологический фактор, особенности развития плода (ультразвуковое сканирование, рентгенография), наличие многоплодной беременности. Назначают гипохлоридную диету. Медикаментозную терапию проводят при наличии соответствующих показаний. При остром многоводии необходима госпитализация в неотложном порядке, при хроническом — наблюдение (совместно с терапевтом) в женской консультации (посещение врача не реже 2 раз в месяц) и направление в стационар при сроке 37—38 нед.

Узкий таз относится к основным видам акушерской патологии, хотя высокие степени сужения и деформации наблюдаются в настоящее время реже. Акушерам-гинекологам хорошо известны осложнения беременности и родов при узком тазе, когда возникает несоответствие его размерам головки плода. Такое же значение имеет соотношение нормального таза и головки крупного (гигантского) плода.

Важное значение имеет распознавание соответствия (несоответствия) между размерами таза и головки плода. Кроме общепринятых методов клинического исследования, в конце беременности (в стационаре) рекомендуется ультразвуковое сканирование, при котором определяется бипариетальный размер головки и его отношение к тазу матери. По строгим показаниям при доношенной беременности проводится рентгенопельвиметрия и измерение головки плода.

В период наблюдения в консультации (не реже 2 раз

в месяц во второй половине беременности) предупреждают возникновение токсикозов, преждевременного отхождения вод и другие осложнения. При крупном плоде рекомендуются пищевой рацион с ограничением углеводов и жиров.

Беременную госпитализируют за 2—3 нед до родов, при возникновении осложнений — раньше.

5.3. ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БЕРЕМЕННЫХ

Пороки сердца и поражение миокарда являются серьезным осложнением беременности и родов. Данная проблема подверглась детальному изучению терапевтами и акушерами-гинекологами. В литературе последних лет [Ванина Л. В., 1971; Рыбкина Н. Ф., 1962; Серов В. Н., 1981; Бейлин А. Л., 1975, и др.] освещены важнейшие вопросы данной проблемы: влияние гестационного процесса на течение заболеваний сердца, особенности течения беременности и родов при пороках сердца у женщины, развитие плода и новорожденного при данном заболевании. Опубликованы научно обоснованные рекомендации относительно методов диагностики, лечения, ведения беременности и родов при данной патологии для матери и плода. В изучении этой проблемы и разработке лечебно-профилактических мероприятий, кроме акушеров-гинекологов и терапевтов, участвуют педиатры, специалисты в области функциональной диагностики, иммунологии, биохимии и др.

Созданы специализированные родовспомогательные учреждения, оказывающие высококвалифицированную диагностику и лечебно-профилактическую помощь беременным и роженицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. С деятельностью специализированных акушерских учреждений связано снижение осложнений беременности и родов, материнской смертности и перинатальной патологии.

В настоящее время необходимо использовать существующие возможности для оказания лечебной помощи во время беременности и родов всем женщинам, страдающим пороками сердца и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, особенно при выраженной симптоматике и соответствующих показателях объективного исследования.

В задачи женских консультаций обычного типа входят распознавание признаков заболевания сердца и организация срочной консультации терапевта. Терапевт определяет наличие порока сердца (миокардит и др.), форму порока, наличие (или отсутствие) гемодинамических и других расстройств, указывающих на декомпенсацию, признаки обострения ревматического процесса и другие проявления заболевания. По показаниям обеспечивается консультация ревматолога и других специалистов.

По назначению терапевта в женской консультации осуществляются дополнительные исследования, способствующие уточнению диагноза, решению вопроса о продолжении беременности, выбору лечебных средств, определению тактики ведения беременности (если она сохраняется). К ним относятся электрокардиография и фонокардиография (матери и плода), рентгенологическое исследование органов грудной клетки (после 9—10 нед), ревматические пробы (дифениламиновая, титр антистрептолизина, С-реактивный белок и др.).

Если диагноз ясен, состояние беременной не внушает опасений, то акушер и терапевт наблюдают женщину в консультации. При правильном течении беременности в отсутствии ухудшения показателей деятельности сердечно-сосудистой системы проводится профилактическая госпитализация в срок 28—29 нед и за 2—3 нед до родов. Необходимость и характер медикаментозной терапии определяет терапевт. Не рекомендуется использование больших доз препаратов и нежелательно применение 2—3 лекарств одновременно. При необходимости медикаментозной терапии беременную целесообразно обследовать и лечить в специализированном стационаре.

В стационар направляют в течение первых месяцев (до 10 нед) беременных, которым необходимо обследование, для решения вопроса о целесообразности продолжения беременности, а также всех больных при появлении признаков декомпенсации. Появление указанных признаков служит показанием к срочной госпитализации при любом сроке беременности.

Акушеру-гинекологу женской консультации следует учитывать осложнения беременности, нередко возникающие у женщин, страдающих заболеваниями сердца. К ним относятся преждевременные роды, поздние токсикозы, анемия. При тяжелом течении заболеваний нарушается развитие плода (гипотрофия, функциональное недоразви-

тие). Характерна его склонность к асфиксии, родовым травмам и другим видам перинатальной патологии.

При тяжелом течении заболеваний сердца беременность и роды представляют опасность для здоровья и даже жизни женщины. В таких случаях показаны прерывание беременности и последующее применение противозачаточных средств.

Заболевания почек. Необходимо решить вопрос о целесообразности сохранения беременности и тактике ведения ее, если нет показаний к досрочному ее прерыванию. Следует учитывать характер заболевания (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, гидронефроз, отсутствие одной почки и др.) и особенности течения заболевания. Акушер-гинеколог женской консультации направляет беременную к терапевту непосредственно после выяснения из анамнеза данных о бывшем или текущем заболевании почек, а также в случае изменений мочи.

Терапевт женской консультации осуществляет детальное обследование, систематическое наблюдение и лечение беременных, страдающих заболеваниями почек. По показаниям обеспечивается консультация уролога (нефролога). При соответствующих показаниях рекомендуется прерывание беременности.

При пиелонефрите, кроме обычного анализа крови, мочи, исследуется средняя порция мочи по Нечипоренко и производится бактериологический анализ мочи (частота исследований определяется особенностями течения заболевания). Рекомендуется измерение артериального давления при каждом посещении беременной женской консультации. Большое значение имеет консультация окулиста (исследование глазного дна).

Пиелонефрит может оказать влияние на процессы роста и развитие плода. Рекомендуется повторное проведение ультразвукового исследования, электро- и фонокардиографии. Внимание акушера-гинеколога женской консультации должно быть сосредоточено также на своевременном выявлении признаков самопроизвольного прерывания беременности, токсикозов, анемии и других осложнений, нередко возникающих у беременных с пиелонефритом.

Больных пиелонефритом направляют в стационар для уточнения диагноза. Повторная госпитализация необходима при: 1) обострении заболевания; 2) появлении признаков позднего токсикоза; 3) угрозе прерывания беременности; 4) гипотрофии плода; 5) бессимптомной бак-

териурии или пиурии, не поддающейся лечению [Шехтман М. М., Гращенкова З. П., 1980]. Рекомендуется родовая госпитализация в срок 37—38 нед беременности, особенно при склонности к гипертонии.

Гломерулонефрит в прежние годы относился к числу противопоказаний к сохранению беременности. Основаниями для этого служили нередкое ухудшение течения гломерулонефрита, возникновение тяжелых токсикозов, анемии и других осложнений, высокая перинатальная смертность.

При подозрении на гломерулонефрит и наличии признаков этого заболевания необходима госпитализация беременной в специализированный стационар или в терапевтическое отделение для детального обследования и решения вопроса о сохранении беременности. Если беременность сохраняется, то беременная поступает под наблюдение акушера-гинеколога и терапевта консультации. Лечение производит терапевт. Акушер-гинеколог осуществляет профилактику и раннюю диагностику осложнений беременности (токсикозы, анемия, гипотрофия плода и др.). При появлении признаков осложнений необходима повторная госпитализация.

Эти принципы ведения беременности применимы при мочекаменной болезни, гидронефрозе и других заболеваниях почек, если нет показаний к искусственному прерыванию беременности.

Заболевания печени и желчных путей (хронический гепатохолецистит, гепатит, холецистит, желчнокаменная болезнь) наблюдаются у 2—3% беременных. В случае нетяжелого течения болезни, при систематическом наблюдении и правильном лечении больных беременность может развиваться и закончиться нормально. При отсутствии этих условий или недостаточной оценке состояния больных возможны обострения заболеваний, нередко присоединение позднего токсикоза, гипотрофии плода и других осложнений (слабость родовых сил, асфиксия плода и новорожденного и др.). Беременные с заболеваниями гепатобилиарной системы находятся под наблюдением акушера-гинеколога женской консультации и терапевта (во второй половине беременности следует посещать врача не реже 1 раза в неделю). Ведение больных осуществляется в консультации и стационаре. Показаниями к госпитализации являются [Закревский А. А., 1981]: 1) до 12 нед уточнение диагноза, решение вопроса о продолжении бере-

менности; 2) в 22—28 нед наиболее часто ухудшение течения процесса, присоединение тоскикоза; 3) за 2—3 нед до родов подготовка к родам; 4) обострение воспалительного процесса печени или желчных путей; 5) присоединение акушерской патологии (угроза прерывания беременности, токсикозы и др.); 6) ухудшение состояния плода. Среди терапевтических мероприятий особое значение имеют лечебное питание (см. с. 145), применение желчегонных препаратов: аллохола (по 1 таблетке 3 раза в день после еды), холензима (по 1 таблетке 3 раза в день после еды), никодина (по 1 таблетке 3 раза в день до еды), желчегонного чая (по $\frac{1}{2}$ стакана 3 раза в день), холосаса (по 1 чайной ложке 3 раза в день) и др. По показаниям назначают болеутоляющие (анальгин и др.), спазмолитические (но-шпа) и антибактериальные препараты. При тяжелом течении заболеваний возникают показания к прерыванию беременности.

Заболевания желез внутренней секреции, протекающие в тяжелой форме, обычно несовместимы с беременностью. Им часто сопутствуют бесплодие и самопроизвольные выкидыши. При нетяжелых заболеваниях желез внутренней секреции возникновение беременности — явление нередкое. Ее удается сохранить при правильной оценке состояния больной и рациональном лечении, проводимом специалистами соответствующего профиля (терапевт, эндокринолог и др.).

При обсуждении вопросов о целесообразности сохранения беременности и тактике ее ведения следует учитывать частое возникновение осложнений: токсикозов, преждевременных родов, многоводия, нарушений развития плода, патологии перинатального периода. Не исключено ухудшение течения болезни как в период беременности, так и после родов.

Сахарный диабет, протекающий в нетяжелой форме, позволяет сохранить беременность при условии посещения консультации не менее 2 раз в месяц до 32 нед и 3—4 раза в месяц после этого срока. Больная находится под наблюдением акушера-гинеколога, терапевта, эндокринолога, а также окулиста (консультация 2—3 раза в течение беременности). Систематически исследуются кровь (содержание сахара, морфологические показатели) и моча. Другие исследования проводятся по назначению терапевта.

В первой половине беременности у большинства боль-

ных сахарным диабетом не отмечается особо выраженных осложнений, характерных для данного заболевания. При тяжелых проявлениях заболевания (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия), ухудшение начинается в ранние сроки беременности.

Во второй половине беременности у 45—50% больных диабетом возникают поздний токсикоз, многоводие (более чем у 30%), признаки самопроизвольного прерывания беременности (примерно у 20%) и другие осложнения, отягощающие течение беременности. При несовершенном лечении не исключаются такие осложнения диабета, как кетоацидоз, гипогликемические состояния (передозировка инсулина, погрешности в диете и др.) и даже диабетическая кома.

В развитии плода отмечаются следующие особенности: крупные размеры и высокая масса плода (чрезмерное развитие жировой клетчатки, отечность, несовершенство углеводного и других видов обмена), заторможенность адаптационных реакций. Частота пороков развития (врожденные пороки сердца, костной и других систем) примерно вдвое выше, чем в общей популяции. Диабетическая фетопатия является причиной повышения перинатальной смертности.

Основные принципы ведения беременности при данном заболевании заключаются в компенсации сахарного диабета, профилактике и лечении осложнений беременности, своевременной госпитализации. Госпитализация показана: 1) для дообследования и решения вопроса о сохранении беременности; 2) в любой срок при нарушении компенсации диабета и появлении других осложнений беременности; 3) в конце беременности в 33—34 нед. Больную направляют на роды в специализированное учреждение, где может ставиться вопрос о досрочном родоразрешении по показаниям.

Беременность противопоказана при тяжелых формах диабета и наличии этого заболевания у обоих супругов, сочетании сахарного диабета с иммунизацией по резус-фактору, туберкулезом [Грязнова И. М., Второва В. П., 1978].

Заслуживают внимания современные данные о предиабете, который может вызвать осложнения беременности и нарушения развития плода, подобные тем, которые наблюдаются при клинически выраженном диабете. Наличие предиабета и скрытой формы диабета можно предполо-

жить у беременных с отягощенной наследственностью по данному заболеванию, страдающих выраженным ожирением (II—IV степени), предъявляющих жалобы на повышенную жажду и зуд наружных половых органов, у женщин, ранее рожавших крупных детей (4 кг и более), при появлении глюкозурии в течение настоящей беременности.

При подозрении на предиабет и скрытый диабет необходимо определять содержание сахара в крови и моче, ацетона в моче, сахарной кривой с нагрузкой. Женщина подлежит наблюдению акушера, эндокринолога и терапевта (посещение консультации 2 раза в месяц до 32 нед, 1 раз в месяц позднее этого срока). Скрытый диабет является показанием к адекватному лечению.

Лечение и рацион питания определяет эндокринолог, за развитием беременности наблюдает акушер-гинеколог.

Нарушения функций щитовидной железы осложняют течение беременности и повышают риск перинатальной патологии. Беременность может наступить у больных диффузным токсическим зобом (повышенная продукция тиреоидных гормонов) и гипотиреозом, характеризующимся недостаточностью функции щитовидной железы. Для решения вопроса о ведении беременности необходимо уточнение формы и степени тиреоидной патологии, что требует применения специальных методов исследования. Беременную направляют в терапевтический стационар или высококвалифицированное акушерское учреждение. При тяжелом течении заболеваний рекомендуются прерывание беременности и последующее применение противозачаточных средств. Если беременность сохраняется, то больная должна находиться под наблюдением акушера-гинеколога и терапевта (эндокринолог). Часто появляются признаки угрожающего самопроизвольного выкидыша, развивается токсикоз (у 40%), нередко наступают преждевременные роды, высок процент аномалий развития плода (18—25) [Бархатова Т. П., 1978].

Для лечения диффузного токсического зоба используются йодистые препараты (предпочтительно дийодтирозин), симптоматические средства (препараты валерианы) в соответствующих случаях — сердечные и другие средства. При безуспешности лечения может обсуждаться вопрос о субтотальной струмэктомии.

Выбор лечебных препаратов, дозировка их и длительность курса лечения определяются терапевтом.

При врожденном гипотиреозе беременность возникает

редко. Она может наступить у женщин, оперированных по поводу заболеваний щитовидной железы (послеоперационный гипотиреоз). Беременность часто заканчивается самопроизвольным выкидышем. Если ее удается сохранить, то возможно улучшение состояния больной (при правильном лечении).

Лечение состоит в применении тиреоидина или сочетания этого препарата с трийодтиронином [Бархатова Т. П., 1978]. Дозы препаратов зависят от тяжести заболеваний. Одновременно проводится лечение сопутствующих осложнений (анемия и др.). Следует отметить, что при тяжелых формах гипотиреоза нередко наблюдаются аномалии развития плода (гидроцефалия, микседема, болезнь Дауна и др.).

Заболевания надпочечника (болезнь Иценко—Кушинга, хроническая недостаточность, связанная с болезнью Аддисона или адреналэктомией) часто сопровождаются бесплодием. Беременность, возникающая в период ремиссии (при правильной корригирующей терапии), нередко заканчивается выкидышем, преждевременными родами, развитием токсикоза и других осложнений. Наблюдаются аномалии развития плода: гипотрофия, функциональная незрелость, признаки адреналовой недостаточности.

**Заболевания внутренних органов,
при которых возникает необходимость
в прерывании беременности¹**

После обследования больной и уточнения диагноза решается вопрос о возможности продолжения беременности.

При некоторых заболеваниях может возникнуть необходимость в прерывании беременности. Это заболевания, которые при продолжении беременности:

- угрожают здоровью и жизни женщины;
- вызывают высокую перинатальную заболеваемость и смертность;
- требуют интенсивного лечения такими препаратами, которые оказывают эмбриотоксическое или тератогенное воздействие на плод.

Вопрос о возможности продолжения беременности при этих заболеваниях решается консультативно акушером-гинекологом, терапевтом и при необходимости врачом другой специальности.

Ниже приводится перечень заболеваний и состояний внутренних органов, при которых может возникнуть необходимость рекомендовать женщине прервать беременность в I триместре.

1. Ревматический эндокардит.
2. Затяжной или подострый септический эндокардит.

¹ Из методических указаний Министерства здравоохранения СССР (1980).

3. Острый миокардит (инфекционный, инфекционно-аллергический).
4. Недостаточность кровообращения любой степени в первом триместре беременности при различных заболеваниях сердца.
5. Митральный порок сердца с признаками гипертензии.
6. Аортальные пороки сердца с декомпенсацией в прошлом.
7. Многоклапанные пороки сердца, особенно сочетание митрального стеноза и недостаточности трехстворчатого клапана.
8. После митральной комиссуротомии при малой эффективности операции, возникновении рестеноза, наличии легочной гипертензии, декомпенсации кровообращения или обострения ревматизма.
9. После протезирования клапанов сердца.
10. Мерцательная аритмия.
11. Врожденные пороки сердца и сосудов синего типа.
12. Врожденные пороки сердца с признаками легочной гипертензии, легочной гиперволемии или недостаточности кровообращения.
13. Коарктация аорты, осложненная аневризматическими изменениями ее.
14. Гипертоническая болезнь IIБ, III стадий, злокачественная гипертония.
15. Гипертоническая болезнь IIА стадий с частыми кризами или частыми приступами стенокардии.
16. Реноваскулярная гипертония.
17. Заболевания легких, сопровождающиеся легочно-сердечной недостаточностью, кровохарканьем, амилоидозом внутренних органов.
18. Астматическое состояние, не купирующееся в течение нескольких дней.
19. Выпотной плеврит.
20. Пиелонефрит, если имеются почечная недостаточность, стойкая артериальная гипертония или поражена единственная почка.
21. Гломерулонефрит: гипертоническая и смешанная формы хронического гломерулонефрита, острый гломерулонефрит и обострение хронического при азотемии независимо от формы заболевания.
22. Врожденный гидронефроз или появившийся до беременности, если процесс двусторонний; гидронефроз единственной почки.
23. Пионефроз.
24. Единственная почка при наличии азотемии, пиелонефрита, гидронефроза, гипертонии, снижении функции единственной почки.
25. Гипопластическая и апластическая анемия.
26. Острый и хронический лейкозы.
27. Лимфогранулематоз.
28. Болезнь Верльгофа, протекающая тяжело или с частыми обострениями.
29. Болезнь Шенлейна—Геноха, протекающая тяжело или с частыми обострениями.
30. Системная красная волчанка.
31. Системная склеродермия.
32. Узелковый периартериит.
33. Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки с желудочными кровотечениями или стенозом привратника.
34. Острый гепатит (болезнь Боткина).
35. Хронический гепатит в активной фазе.
36. Хронический калькулезный холецистит с частыми приступами, холангит с желтухой и лихорадкой.
37. Заболевания печени с выраженным нарушением ее функции.

38. Цирроз печени.
 39. Острый панкреатит.
 40. Тяжело протекающий сахарный диабет (часто сопровождающийся состоянием ацидоза, поражением почек или ретинопатией).
 41. Сахарный диабет у обоих супругов (высокий риск для потомства).
 42. Внепанкреатический сахарный диабет (так как он является инсулинорезистентным и сопровождается исключительно высокой смертностью).
 43. Тиреотоксикоз тяжелый и средней степени тяжести при отказе от струмэктомии.
 44. Феохромоцитомы.
 45. Болезнь Иценко—Кушинга в активной фазе и при выраженных остаточных явлениях после специфического лечения.
 46. Хроническая недостаточность надпочечников, не купируемая кортикостероидами.
- Прерывание беременности во втором триместре показано при следующих заболеваниях:
1. Тяжелая недостаточность кровообращения, не поддающаяся интенсивной терапии.
 2. Острая сердечная (левожелудочковая) недостаточность (отек легких), особенно повторяющаяся; отек легких у больных с митральным стенозом при отказе от комиссуротомии.
 3. Коарктация аорты, осложненная аневризматическими изменениями ее.
 4. Гипертоническая болезнь III стадии, злокачественная гипертония.
 5. Реноваскулярная гипертония.
 6. Тяжелое астматическое состояние.
 7. Пиелонефрит с почечной недостаточностью и единственной почки.
 8. Острый гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит с почечной недостаточностью.
 9. Единственная почка при наличии почечной недостаточности или гидронефроза.
 10. Гипопластическая и апластическая анемии.
 11. Острый и хронический лейкозы.
 12. Лимфогранулематоз.
 13. Острый панкреатит.
 14. Тиреотоксикоз тяжелый или средней степени тяжести при отказе от тиреоидэктомии в I триместре беременности.
 15. Феохромоцитомы.
 16. Хроническая недостаточность надпочечников, некупирующаяся кортикостероидами.

Все беременные, страдающие заболеваниями внутренних органов, нервной, эндокринной и других систем, подлежат диспансерному наблюдению.

Туберкулез легких не препятствует возникновению беременности. При современных методах лечения беременность у больных туберкулезом легких может протекать благополучно. В этих условиях заболевание существенно не отражается на развитии плода.

Прерывание беременности показано только при активном процессе, прогрессирующих и открытых формах ту-

беркулеза легких, особенно если лечение недостаточно перспективно [Беккер С. М., 1970]. При наличии противопоказаний беременность следует прервать до 10—12 нед. В более поздние сроки эта операция может вызвать усиление туберкулезного процесса.

При сохранении беременности проводится комплексная терапия с применением антибактериальных препаратов (стрептомицин, ПАСК, изониазид, тубазид и др.), которые применяются в сочетании с витаминами (С, В₁, В₆, В₁₂ и др.). По показаниям беременную госпитализируют в специальное отделение родильного дома для больных туберкулезом.

Лечение туберкулеза беременных осуществляет фтизиатр. Ведение беременности и родов входит в обязанности акушера-гинеколога специализированного (по туберкулезу) отделения родильного дома.

Гонорея и сифилис у беременных — явление редкое, но это не снижает значимости борьбы с этими заболеваниями в связи с ущербом, наносимым этими заболеваниями матери и плоду.

При острой гонорее беременность обычно не возникает (гиперемия, отечность, обильные патологические выделения, изменение реакции среды и др., прекращение половой жизни). При хронической гонорее беременность возможна, так же как заражение в этот период жизни. Восходящая инфекция возможна лишь в первые недели беременности (когда плодное яйцо занимает лишь часть полости матки), но наблюдается редко.

Заболевание гонореей во время беременности сопровождается появлением обильных гнойных или слизистогнойных выделений, учащением мочеиспускания, гиперемией и отечностью слизистой оболочки влагалища, шейки матки, видимой части эндоцервикса, нередко эрозией.

Диагностика проводится на основании анамнеза, бактериоскопического и бактериологического исследования выделений (шейка, влагалище, уретра, парауретральные ходы).

При необходимости к распознаванию гонореи привлекается дерматовенеролог. Для этого беременную направляют в венерологический диспансер. Лечение гонореи проводится дерматовенерологом при участии акушера-гинеколога в соответствии с инструкциями, утвержденными Министерством здравоохранения СССР. Лечение основано на курсовом применении антибиотиков в дозах,

соответствующих характеру процесса. В период беременности не следует применять антибиотики тетрациклинового ряда в связи с тем, что они могут оказать вредное действие на плод. Местное лечение гонорейных заболеваний проводится осторожно, без применения неоправданных механических, термических и других воздействий.

При наличии выраженных признаков гонорейного воспалительного процесса лечение следует проводить в стационаре.

При выявлении признаков сифилиса (показатели специфических реакций, анамнестические и клинические данные) или подозрении на это заболевание беременную направляют в венерологический диспансер для уточнения диагноза. При установлении диагноза решается вопрос о целесообразности сохранения беременности. Лечение проводит дерматовенеролог в соответствии с существующими принципами. По показаниям, определяемым дерматовенерологом, беременную направляют на стационарное лечение.

Глава 6.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

6.1. ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ

В последние годы опубликованы результаты многочисленных исследований, освещающие действие лекарственных препаратов на плод. Интерес к этой проблеме объясняется тем, что в акушерской практике возникает необходимость использования лекарств при многих видах акушерской патологии и экстрагенитальных заболеваний, сопутствующих беременности (токсикозы беременных, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, почек, печени, эндокринных, кроветворных и других органов, инфекционные процессы и др.). При необходимости применяются антибактериальные препараты, витамины, средства, стимулирующие кроветворение, салицилаты, гормоны, спазмолитики и многие другие медикаменты. Еще встречаются случаи приема медикаментов в период беременности без назначения врача (седативные, снотворные и др.).

Длительное время существовало мнение, что лекарства, применяемые беременными в терапевтических дозах, без-

вредны для плода. Это мнение подтверждалось опытом работы акушерских учреждений, который показывал, что рождающиеся дети имеют обычные показатели физического развития и основных функций организма.

Однако в последние десятилетия эта концепция подвергается сомнению, особенно после сообщений о возникновении уродств у новорожденных, матери которых во время беременности принимали снотворный препарат талидамид. Последующее экспериментальное изучение этого вопроса показало, что многие лечебные препараты в определенной дозировке могут дать эмбриотоксический и тератогенный эффект, особенно при их применении в ранних стадиях беременности. К этим веществам относятся барбитураты, препараты группы морфина, хлоридин, антибиотики тетрациклинового ряда, левомецетин, хинин, антибластические, некоторые сульфаниламидные, нейротропные и другие препараты. По данным экспериментальных исследований и некоторых клинических наблюдений, возможно отрицательное действие на зародыш и плод метилтиурацила, дикумарина, кортикоидов, андрогенов, гестагенов (маскулинизация плода женского пола), синтетических прогестинов, гормонов коры надпочечников, диэтилстильбэстрола и др. Однако результаты экспериментальных исследований нельзя безоговорочно использовать при решении клинических задач. Установлена возможность тератогенного действия на зародыш человека некоторых препаратов (например, талидамида), которые не вызывали уродств у экспериментальных животных. С другой стороны, лекарства, принимаемые беременной без заметного ущерба для плода, могут дать тератогенный эффект в эксперименте на животных (например, хлоридин). Получены данные о возможности мутагенного действия ряда веществ, используемых с лечебной целью. Многие исследования, указывающие на возможность вредного действия лекарств на плод, не согласуются полностью с результатами клинических наблюдений.

Исследования клиницистов [Шуваева Н. И., 1959; Романова Е. П., 1961; Бархатова Т. П., 1978, и др.] показывают, что своевременная медикаментозная терапия беременных, страдающих туберкулезом, диабетом, гипер- и гипотиреозом, поздним токсикозом и другими заболеваниями, положительно влияет не только на мать, но и новорожденного. Родившиеся дети имеют лучшие показатели физического развития, чем новорожденные нелеченых матерей.

Перинатальная патология и смертность у потомства не-леченых больных женщин выше, чем у получавших своевременное лечение с применением оптимальных доз медикаментов.

Известно, что оптимальные дозы медикаментозных средств способствуют предупреждению выкидышей и преждевременных родов, поэтому акушер-гинеколог в своей деятельности не может обходиться без применения лекарственных средств. Однако врач должен помнить о необходимости назначения лекарств только по показаниям, непродолжительно и в оптимальных (небольших) дозах.

1. Осторожность в выборе медикаментозного метода лечения, доз лекарств и продолжительности лечения диктуется тем, что фармакокинетика (всасывание, распределение в организме, выведение) и фармакодинамика (особенности действия на ткани и органы, чувствительность их и др.) в период беременности изучены недостаточно. По некоторым данным, всасывание лекарственных веществ в желудочно-кишечном тракте во время беременности существенно не изменяется, но концентрация их в крови меньше, чем у небеременных, в связи с увеличением количества плазмы (более значительное «разведение»). В то же время наблюдаются снижение интенсивности метаболизма некоторых лекарств в печени и более медленное выведение их почками и с желчью. Целесообразно применение умеренных и небольших доз препаратов, необходимых для лечения больных беременных. Недостаточно изучена чувствительность организма к химиопрепаратам в период беременности, во время которой значительно изменяются функции многих систем, в том числе иммунных и ферментных. Известно, что в определенные периоды жизни (детство, старость), а также при некоторых изменениях в организме (утомление, стрессовые состояния) чувствительность к медикаментозным средствам изменяется. Можно предположить, что беременность тоже может вызвать изменение в степени чувствительности к химиопрепаратам.

2. Почти все медикаментозные средства, применяемые в акушерской практике, переходят через плаценту (в ранние сроки трофобласт, хорион, амнион) и проникают в организм плода. Исключение составляют вещества с высокой молекулярной массой (например, инсулин, гепарин). Индекс проницаемости плаценты по отношению к различ-

ным препаратам неодинаков. Например, содержание полусинтетических пенициллинов в крови плода составляет 10—20% наивысшей концентрации их в крови матери. Содержание антибиотиков группы тетрациклина в фетальной крови достигает 66—70% максимальной концентрации препарата в крови матери. Для большинства антибиотиков индекс проницаемости плаценты составляет примерно 50% [Кирющенко А. П., 1978]. Довольно высок индекс проницаемости плаценты для наркотических препаратов ряда нейролептических средств, салицилатов, сульфаниламидных и других препаратов. Имеются сведения о чрезвычайно быстром переходе к плоду тиопенталнатрия, эфира, трилена, морфина, атропина: они обнаруживаются в организме плода через несколько минут после введения их матери.

3. Действие фармакологических веществ на зародыш и плод человека изучено недостаточно, несмотря на большое число исследований, посвященных этому важному вопросу. Однако установлены некоторые особенности, заслуживающие серьезного внимания. Известно, что метаболизм медикаментозных средств (и их обезвреживание) происходят в основном в печени при помощи ферментов, локализирующихся в эндоплазматических мембранах ретикулула. У плода метаболизм лекарств замедлен и несовершенен в связи с незрелостью ферментных систем печени, поэтому возможно накопление лекарственных препаратов и продуктов метаболизма в органах и тканях плода (в ткани мозга, костной и других системах), чему способствует также замедленное их выведение из организма в антенатальном периоде. В связи с недостаточной активностью метаболизма и замедленным выведением концентрации сульфаниламидов, барбитуратов, салицилатов, гормонов, и других препаратов в организме плода может достигнуть такой степени, когда они оказывают неблагоприятное, в том числе токсическое, влияние. Этот риск существует особенно при длительном применении значительных доз лекарств. Чем меньше зрелость плода, тем выше риск недостаточной инактивации и токсического действия фармакологических препаратов.

А. Н. Кудрин и Н. П. Скакун (1975) подчеркивает, что в раннем онтогенезе высока чувствительность организма ко многим лекарственным средствам и их метаболитам, нередко возникают побочные отрицательные реакции и их вредные последствия.

4. Отмечается монотонность ответных реакций организма в антенатальном периоде на действие химиотерапевтических препаратов, что объясняется незрелостью систем, ответственных за развитие специфических реакций. В ранних стадиях возможны задержка роста, аномалии развития (или гибель зародыша), в более поздних — замедление развития, которое может иметь разные исходы. Наиболее чувствительны зачатки нервной и эндокринной систем. Малоустойчивы сосудистая и кроветворная системы эмбриона и плода. Однако указанные особенности действия химиопрепаратов установлены в эксперименте и нередко в условиях применения значительных доз лекарств.

Клинические наблюдения позволяют считать, что терапевтические (оптимальные, невысокие) дозы не оказывают отрицательного действия на развитие плода и новорожденного ребенка. Больше того, коррекция нарушений, возникающих при заболеваниях беременной, избавляет плод от влияния неблагоприятных условий. По-видимому, нарушение процессов обмена веществ, дефицит или избыток эндогенных гормонов, интоксикация, инфекция, гипоксия, повышение температуры тела и другие факторы, возникающие при заболеваниях беременных, представляют значительно более существенный риск для плода, чем фармакологические препараты. На основании изложенного можно сделать вывод, что: 1) применение лекарств в период беременности вполне допустимо и необходимо при наличии показаний; 2) желательно использовать небольшие дозы и в период, когда это необходимо; 3) профилактическое назначение лекарственных средств во время беременности нецелесообразно. Это относится и к значительным дозам витаминов. Установлено отрицательное влияние в антенатальном периоде как дефицита, так и избытка витаминов (аномалии развития, аллергические реакции).

В последние годы появились сообщения о принципиальной возможности и попытках пренатальной терапии и профилактики фетопатий, особенно связанных с воздействием бактериальных, вирусных и других инфекций. По данным А. П. Кирющенко, антибиотик канамицин, эффективный в отношении ряда грамотрицательных микробов, переходит к плоду и в амниотическую жидкость в концентрации, оказывающей антимикробное действие. Менее эффективен в этом отношении оксациллин, имеющий более низкий коэффициент проницаемости через плаценту. Установлена

возможность создания стабильных концентраций антибиотика пролонгированного действия бициллина в органах плода, что обуславливает более надежный антимикробный эффект. Имеются указания на применение антибиотиков при проявлениях бактериальной инфекции плода и плодных оболочек (амнионит, хорнионит), распространяющейся преимущественно восходящим путем. Известен опыт применения хлоридина (дапаприм) для предупреждения антенатального токсоплазмоза. Имеются сообщения о применении ампициллина с целью профилактики и лечения листериоза плода.

О возможности положительного действия на плод медикаментозных средств, вводимых в организм матери, свидетельствует опыт профилактики гипоксии плода. Кислород, глюкоза, кордиамин и другие сердечные средства переходят из организма матери к плоду, способствуют устранению или уменьшению клинических проявлений гипоксии и улучшению функций тех органов и систем, которые особенно чувствительные к недостатку кислорода. Установлена возможность коррекции ацидоза, присущего гипоксии плода, при помощи введения матери щелочных препаратов. Витамины (E₁, B₁ и др.), вводимые беременным в комплексе с белковыми препаратами, применяют при гипотрофии плода, которая нередко возникает при тяжелых заболеваниях (токсикозы и др.).

В литературе сообщается о попытках введения медикаментозных средств плоду при гипоксии и гипотрофии через плодные оболочки, участвующие в процессах обмена веществ между матерью и плодом. Однако методы коррекции нарушений, возникающих у плода при заболеваниях матери, еще недостаточно разработаны.

Иммунизация во время беременности представляет собой сложную задачу. Это обусловлено физиологическими изменениями в иммунной системе, обеспечивающими нормальное развитие беременности.

Сложность вопроса состоит также в том, что изменения в организме беременной, связанные с иммунизацией, могут оказать нежелательное (иногда вредное) действие на плод. Следствием нарушения иммунологических процессов, присущих беременности, может быть преждевременное прерывание ее, поскольку имеет место повреждение плода и плаценты. В связи с иммунизацией в детском возрасте против большинства инфекционных заболеваний вопрос о повторном применении веществ для специфиче-

ской профилактики инфекционных болезней во время беременности в основном отпадает.

Проблема иммунопрофилактики инфекционных заболеваний в период беременности обсуждается и разрешается при возникновении эпидемической обстановки (полиомиелит, холера, натуральная оспа и др.) и при особых обстоятельствах (непосредственный риск заболевания столбняком, бешенством и др.).

Вопросы иммунизации беременных против инфекционных заболеваний решаются в соответствии с указаниями эпидемиологической службы и органов здравоохранения. При этом учитывается ряд особенностей, присущих реактивности организма беременной и развивающегося плода.

Известно, что с профилактической целью применимы вакцины и иммуноглобулины (гамма-глобулин). Применение живых вакцин (против натуральной оспы, кори, полиомиелита, гриппа и др.) в период беременности связано с риском повреждения плода. Вирусы проникают через плаценту и вызывают у плода вирусемию, в результате которой могут возникнуть заболевания и аномалии развития, в том числе несовместимые с жизнью. Имеются сообщения о генерализованной инфекции плода после иммунизации матери. Опасность заболевания угрожает плоду не только при первичной вакцинации, но также после ревакцинации. После использования живой вакцины против краснухи наблюдались аномалии развития различных органов плода, в частности пороки развития и заболевания глаз. Значителен риск повреждения плода при иммунизации беременных живыми вакцинами против кори, полиомиелита и других заболеваний.

Применение убитых вакцин требует обычно повторного введения в связи с их пониженной (по сравнению с живыми) иммуногенностью. Повторная вакцинация сопряжена с риском возникновения аллергических реакций, неблагоприятных для матери и плода. Активная иммунизация беременной против инфекционных заболеваний таит в себе угрозу возникновения у плода иммунологической толерантности, которая может продолжаться более или менее длительное время после рождения.

При иммунологической толерантности организм ребенка не способен вырабатывать специфические антитела против возбудителя, который проник через плаценту в результате иммунизации матери.

При необходимости иммунизации в период беременности допустимо применение убитых вакцин при особых обстоятельствах, но предпочтительно использование гамма-глобулина. Последний содержит антитела против вирусов кори, гриппа, полиомиелита, стафилококковый α -токсин, дифтерийный и столбнячный антитоксин и др. По показаниям применяют гамма-глобулин направленного действия, содержащий повышенные концентрации антител против определенных возбудителей инфекционных заболеваний или их токсинов.

Иммунизация беременных против стафилококковой инфекции представляет собой важнейшую задачу в связи с распространенностью этих микробов и их устойчивостью к антибиотикам и другим антибактериальным препаратам. Стафилококковый анатоксин, применяемый с этой целью в период беременности, оценивается неодинаково. Имеется много сообщений о повышении устойчивости матери и новорожденного к стафилококковой инфекции и снижении числа заболеваний септической этиологии. Опубликованы также данные о недостаточной эффективности иммунизации, особенно в отношении повышения резистентности к стафилококку плода и новорожденного.

6.2. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Практический опыт показывает, что рациональное использование природных факторов (прогулки, воздушные ванны, душ, воздействие солнечных лучей в оптимальной дозе) оказывает благотворное влияние на организм беременных женщин. В то же время существует угроза вредного воздействия солнечной энергии и других факторов при их передозировке. К сожалению, вопросы рационального использования природных факторов в разные сроки гестационного процесса и при различных вариантах течения беременности мало изучены.

В акушерской практике недостаточно используются методы физиотерапии (преформированные физические факторы), несмотря на их высокий терапевтический эффект при воспалительных процессах и других видах гинекологических заболеваний, патологии кожной, нервной, сосудистой и других систем, опорно-двигательного аппарата,

патологических процессов с аллергическим, дистрофическим компонентом и др.

Исследования прошлых лет [Ягунов С. А., Старцева Л. Н., 1963, и др.] показали эффективность общего ультрафиолетового облучения беременных в отношении профилактики токсикозов и других осложнений беременности.

В современной литературе имеются данные о перспективности использования преформированных физических факторов в терапии ряда осложнений беременности. Установлен важный факт — возможность снижения доз медикаментозных средств при сочетании лекарственной терапии с физиотерапевтическими процедурами. При этом эффективность действия медикаментов не снижается. В период беременности это имеет особое значение в плане ослабления действия фармакологических препаратов на плод.

Так, при нефропатии с выраженными гипертензивными и незначительными изменениями водно-солевого обмена В. М. Стругацкий и М. М. Шехтман (1977) применяли малые величины гальванического тока в рефлексогенной зоне «воротника». Гипотензивный эффект был связан с рефлекторным действием процедуры на вегетативные центры, в частности регулирующие функции сосудистой системы.

В комплексную терапию больных с выраженной триадой нефропатии включали воздействие на зону кожной проекции почек микроволны сантиметрового диапазона — электромагнитным полем СВЧ. Эта процедура вызывает в зоне воздействия расширения сосудов, усиление кровообращения, что способствует повышению интенсивности обмена в тканях. Малые дозы микроволн усиливают функции парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

При токсикозе, возникшем у беременных, страдающих хроническими заболеваниями почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), нередко сочетаются признаки инфекционной и аллергической природы. Подобные особенности токсикоза послужили основанием для применения ультразвука в импульсном режиме (Стругацкий В. М., 1980), который вызывает противовоспалительное и диуретическое действие. Следует подчеркнуть, что включение в комплексную терапию токсикозов преформированных физических факторов позволило снизить потребление медикаментов в

1¹/₂—2 раза. При этом результаты лечения были такими же, как у больных, принимавших фармакологические препараты в общепринятых дозах. Однако в настоящее время физиотерапия не может полностью устранить необходимость применения медикаментов больным токсикозами; она является составной частью комплексной патогенетической терапии.

Эффективно применение электроанальгезии при нефропатии беременных, особенно в случаях выраженных эмоциональных расстройств и преобладания гипертензии.

Лечение рвоты беременных, протекающей в тяжелой форме, малоэффективно. При нетяжелой рвоте и птолизме могут оказать положительное действие электроанальгезия и электрофорез кальция в области солнечного сплетения или «воротника», индуктотермия области солнечного сплетения [Стругацкий В. М., 1980].

Достаточно активны поиски физиотерапевтических процедур, способствующих предупреждению преждевременного прерывания беременности. При угрозе прерывания беременности Л. А. Решетова (1965) наблюдала положительный эффект от применения диатермии области солнечного сплетения в первые месяцы беременности и околопочечной области в более поздние сроки. Для предупреждения самопроизвольного прерывания беременности применяли электрофорез 1% раствора новокаина на нижнюю часть живота и область правого подреберья.

В терапии недонашивания беременности применялся эндоназальный электрофорез витамина В₁ [Бодяжина В. И., Любимова А. И., Москвитина Н. К., 1970, и др.]. Известно, что слизистая оболочка носа является весьма чувствительной зоной. Заложены в ней окончания тройничного нерва связаны с вегетативной нервной системой, рецепторы обонятельного — ядрами мозгового ствола и межучного мозга. Рефлексы с обонятельного нерва передаются через кору и подкорковые образования мозга на внутренние органы. Механизм терапевтического действия эндоназального электрофореза осуществляется преимущественно рефлекторным путем, но имеет значение и гуморальный фактор (непосредственное проникновение витамина В₁ через рыхлую слизистую оболочку носа).

Эндоназальный электрофорез витамина В₁, применявшийся в комплексной терапии угрожающего выкидыша, способствовал нормализации показателей электроэнцефа-

логафии и снижению маточных сокращений. Результат лечения был хорошим, что позволяет оценивать метод положительно, особенно учитывая его простоту и доступность.

Отмечена эффективность электрофореза магния синусоидальным модулированным током при терапии самопроизвольного выкидыша [Любимова А. И., Стругацкий В. М., Хасин А. З., 1974]. Электрофорез магния предложен с учетом его тормозящего действия на сокращения матки. После курса лечения исчезли болевые ощущения, нормализовались тонус матки и все показатели ее электрической и механической возбудимости.

У большинства женщин, леченных электрофорезом магния в сочетании с другими факторами патогенетической терапии, беременность закончилась родами в срок.

Н. М. Суворова и Е. Ф. Каплун-Крыжановская (1974) описали опыт применения индуктотермии почечной области для профилактики преждевременного прерывания беременности. Эта физиотерапевтическая процедура использовалась в качестве компонента патогенетической терапии. Отмечены снижение интенсивности маточных сокращений под влиянием индуктотермии и благоприятное влияние данной процедуры на течение беременности и родов.

Данные наблюдения показывают, что применение физических факторов в акушерстве, особенно в качестве составной части комплексной терапии наиболее часто наблюдаемых осложнений беременности, имеет большие перспективы.

Физиотерапия осложнений беременности осуществляется в основном в условиях стационара, в стадии процессов, являющихся показанием к госпитализации.

Однако дальнейшее развитие специализированной помощи, обеспечивающее надлежащие условия обследования и лечения, создает возможность использования физиотерапии ранних и доклинических форм осложнений беременности в условиях женской консультации.

6.3. ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БЕРЕМЕННОСТИ

Лечебное питание занимает видное место в комплексной терапии различных заболеваний. Диетотерапия нередко имеет основное значение в системе лечебных мероприятий. Стимуляция механизмов адаптации для

поддержания гомеостаза в физиологических условиях (в том числе при беременности) и патологических состояниях возможна при включении в комплекс лечебно-профилактических мероприятий лечебного питания.

Лечебное питание повышает сопротивляемость организма к инфекции, усиливает процессы регенерации, способствует нормализации функций сердечно-сосудистой, эндокринной, гепатобилиарной систем [Певзнер М. И., 1949; Меньшиков Ф. К., 1958, и др.]. В период беременности лечебное питание имеет некоторые особенности, связанные с функциональным состоянием важнейших систем и органов, присущие данному периоду жизни.

Сложность проблемы лечебного питания во время беременности и ограниченный объем книги позволяют остановиться только на некоторых вопросах, имеющих значение для врача женской консультации. Для рекомендаций по лечебному питанию в период беременности использованы данные НИИ акушерства и гинекологии АМН СССР, Киевского НИИ педиатрии, акушерства и гинекологии.

При рвоте беременных, когда госпитализация не является обязательной (легкая форма преимущественно), врач рекомендует питание, исключающее голодание матери и недостаточное снабжение плода пластическими и энергетическими материалами.

В первые недели беременности, осложненной рвотой, рекомендуется питание, соответствующее потребностям во второй половине, при некотором уменьшении количества углеводов. Предпочтительны продукты хорошо проваренные, в протертом виде. Пищу следует принимать малыми порциями через 2—3 ч, желателно в положении лежа. Затраты воды и минеральных веществ при рвоте восполняются введением 1—2 л жидкости (внутри или в виде капельных клизм, что возможно в стационаре), а также добавлением поваренной соли к пище. Не рекомендуется принимать плотную и жидкую пищу одновременно. Рекомендуются разгрузочные дни (творог, яблоки в виде пюре) с соблюдением постельного режима. Однако опыт назначения разгрузочных дней при рвоте беременных освещен недостаточно. Лечебное питание при тяжелой и средней тяжести формах рвоты проводится в стационаре.

Поздние токсикозы, как известно, сопровождаются значительными изменениями в обмене веществ и деятельности важнейших систем и органов. Разработка вопросов лечебного питания при поздних токсикозах осно-

ывається на учете всех изменений, в том числе гипопроотеинемии, гиповолемии, расстройств водно-солевого, жирового и других видов обмена, состояния сосудистой, выделительной и других систем.

Назначают гипохлоридную диету, количество вводимой жидкости ограничивают до 700—800 мл, жиров — до 60—70 г (при выраженной холестеринемии до 40—50 г) в сутки. Из жиров следует употреблять сливочное масло; тугоплавкие жиры (свиной, бараний и др.) должны быть запрещены. Необходимо введение полноценных белков животного и растительного происхождения. Следует отметить важность использования животных белков (творог, нежирное отварное мясо или вареная свежая рыба, печень), что необходимо для коррекции гипо- и диспротеинемии. Употребление растительных белков не может устранить нарушений белкового обмена, наблюдающихся при токсикозах. Рекомендуется обогащать диету фруктами, ягодами, овощами, что восполняет дефицит витаминов, микроэлементов, минеральных солей, а также способствует предупреждению ацидоза. А. П. Николаев считает полезным мед (содержит, кроме глюкозы и фруктозы, ферменты, витамины, микроэлементы и др.) в количестве от 10 до 50 г в день за $1/2$ ч до еды или через 3 ч после приема пищи. Употребление меда, фруктов, овощей, белка и других ингредиентов лечебного питания является важной частью терапии токсикозов, способствующей одновременно предотвращению гипотрофии плода.

В случае появления отеков следует переходить на гипохлоридную (или бессолевую) диету, при которой употребление поваренной соли ограничено 3—4 г (не более) в день. Это способствует увеличению диуреза и выведению хлорида натрия из тканей, в том числе из стенок сосудов. Последнее содействует улучшению функций сосудистой системы и снижению артериального давления. По показаниям возможно проведение разгрузочных дней (яблочные, творожные и др.).

Сердечно-сосудистые заболевания, осложняющие течение беременности, нередко вызывают снижение приспособительных реакций функциональной активности многих систем организма, гипотрофию и другие аномалии развития плода. Необходимо обеспечить организм веществами, укрепляющими адаптационные и защитные механизмы, усиливающими синтез тканевых белков, активность ферментных систем, предупреждающих

гипоксию. К таким веществам относятся белки, аминокислоты, глюкоза, витамины, микроэлементы, липотропные вещества.

При ревматических пороках сердца диета должна оказывать десенсибилизирующее действие, повышать иммунные реакции организма. Диета, разработанная для больных ревматическими пороками сердца [Пап А. Г. и др., 1976], отличается от диеты № 10 более высоким содержанием полноценных белков, уменьшением количества углеводов и поваренной соли, повышением количества калия, железа, витаминов группы В и С.

Химический состав диеты: в первой половине беременности белка 120 г, жира 80 г, углеводов 300 г, калорийность суточного рациона 2400—2700 ккал; во второй половине беременности увеличение количества белка до 140 г, жира — до 90 г, углеводов — до 350 г, калорийность суточного рациона 2800—3000 ккал. Минеральный состав рациона в первой и второй половине беременности: хлорида натрия 3—4 г, калия 5 г, кальция 1,5—1,6 г, фосфора 2 г, железа 30 мг, витамина А 2 мг, В₁ — 5 мг, В₂ — 5 мг, В₃ — 30 мг, В₆ — 5 мг, В₁₂ — 150 мг, С — 300 мг, свободной жидкости — до 1 л.

Гипертоническая болезнь характеризуется повышением возбудимости центральной нервной системы. В пище должно быть увеличено содержание калия и магния, которые снижают возбудимость сосудодвигательного центра и оказывают гипотензивное действие. Одновременно рекомендуется снижать содержание в пищевом рационе хлорида натрия и продуктов, богатых холестерином и жирными кислотами.

В отличие от рациона, рекомендуемого больным ревматическим пороком сердца, при беременности, осложненной гипертонической болезнью, увеличивается количество углеводов, сокращается содержание в пище животных жиров, рекомендуется повышение количества растительных жиров.

Химический состав диеты: в первой половине беременности белка 120 г, жира 80 г, углеводов 350 г, калорийность суточного рациона 2400—2800 ккал; во второй половине беременности белков до 130 г, жиров до 90 г, углеводов 450 г, калорийность суточного рациона 2800—3400 ккал. Минеральный и витаминный состав рациона (в первой и второй половине беременности): хлорида натрия не более 3 г, калия 6 г, кальция 1,5 г, фосфора 2,8 г, железа 20 мг,

витамина А 2,5 мг, В₁ — 3 мг, В₂ — 5 мг, В₃ — 10 мг, В₆ — 5 мг, В₁₂ — 50 мг, В₁₅ — 150 мг, С — 300 мг.

При пороках сердца и гипертонической болезни не рекомендуются мясные и рыбные отвары, пряности, крепкий чай, кофе.

Хронический гепатохолецистит так же как выраженный холецистит и желчнокаменная болезнь, не относится к частым заболеваниям беременных. Однако сочетание заболеваний гепатобилиарной системы с беременностью требует особого внимания акушера-гинеколога и терапевта.

В комплексной терапии этих заболеваний лечебное питание имеет большое значение. Цель диетотерапии — оградить печень от чрезмерной нагрузки и облегчить функции всей гепатобилиарной системы; она должна способствовать стимуляции желчевыделения и улучшения пищеварения. Особое внимание уделяется витаминам, которые входят в состав ферментов и участвуют в обменных процессах печени.

Химический состав диеты в первой половине беременности: белка 120 г (творог и другие молочные продукты, отварное мясо и рыба), жиров не более 50—60 г (из них 30—40 г растительных жиров), углеводов 400 г, калорийность 2600—2800 ккал. Во второй половине беременности белков до 140 г, жиров до 90 г, углеводов до 450 г, калорийность 3000—3200 ккал. Минеральный и витаминный состав рациона: хлорида натрия 5—8 г, калия 6 г, кальция 1,5—2 г, фосфора 2—2,5 г, железа 30 мг, витамина А 2 мг, В₁ — 4—8 мг, В₂ — 4—6 мг, В₃ — 40—60 мг, В₆ — 4—6 мг, В₁₂ — 100—200 мг, В₁₅ — 150—200 мг, С — 300—400 мг.

В диете должно быть достаточное количество овощей и фруктов (абрикосы, чернослив, свежая капуста, морковь, свекла, тыква, дыни и др.), содержащих витамины, микроэлементы, соли калия, магния и др.

Диета при заболеваниях почек и мочевыводящих путей определяется в зависимости от характера заболевания и особенностей течения процесса. При хроническом гломерулонефрите учитываются нефротический, гипертонический и смешанный варианты заболевания.

В диету включаются продукты, содержащие вещества, которые оказывают десенсибилизирующее, мочегонное, антианемическое и гипотензивное действие. Рекомендуют

ся фрукты и овощи (тыква, картофель, яблоки, абрикосы, сливы, клюква, черная рябина, изюм и др.), ограничивается употребление поваренной соли и жидкости; степень ограничения зависит от формы заболевания. Существует мнение о необходимости ограничения белка, однако оно не является общепризнанным. М. М. Шехтман (1980) считает ограничение белка при беременности нецелесообразным потому, что развитие плода происходит при оптимальной доставке пластического материала. Автор считает, что при нефротической форме заболевания, сопровождающейся протеинурией и гипопроteinемией, дневной рацион должен содержать 120—160 г белка, при гипертонической и смешанной формах количество его снижено до 70 г в сутки.

При гестационном пиелонефрите качественный состав пищи не отличается какими-либо особенностями, калорийность рациона 2000—2500 ккал в сутки, жидкость ограничивать не следует. Во время обострения пиелонефрита количество жидкости увеличивается (вода, чай, клюквенный морс), ограничение поваренной соли не требуется, потому что при этом заболевании задержки натрия и воды в организме не происходит.

У беременных нередко возникает склонность к запору, развивающемуся вследствие снижения тонуса и моторной функции кишечника. Таким беременным рекомендуется пища, богатая клетчаткой: овощи в недостаточном размельченном виде (салат, винегрет и др.), свежие фрукты, черный хлеб, гречневая каша, молочнокислые продукты. Употребление мяса ограничивается. В утренние часы рекомендуется выпить стакан холодной воды или молока.

При сахарном диабете, как известно, в связи с недостаточностью инсулина или развитием резистентности к нему сахар накапливается в крови, плохо усваивается тканями и выводится с мочой, если его концентрация превышает «почечный порог». Гипергликемия ведет к перераспределению тканевой жидкости, обезвоживанию тканей, повышению жажды. Нарушается не только углеводный, но также жировой обмен, что может привести к развитию кетоацидоза. Значительные изменения возникают в сосудистой и других системах.

Известно, что инсулин и диетотерапия определяют основу лечебных мероприятий, поддерживающих детородную функцию женщины. Дозы инсулина устанавли-

вают терапевт и эндокринолог с учетом течения процесса и неодинаковой потребности в этом препарате в разные сроки беременности.

Основой питания беременных, больных сахарным диабетом, является диета № 9 с вариантами, предусматривающими нормальное содержание в рационе полноценных белков (около 120 г), жиров (до 60 г; ограничено при сопутствующем ожирении), минеральных солей, витаминов, относительное ограничение углеводов (около 300—350 г). Диета должна быть обогащенной витаминами (А, С, В₁, В₂, РР и др.), микроэлементами (цинк, медь, марганец, железо, и др.). Беременной, страдающей диабетом, рекомендуют пользоваться таблицей углеводов в пище.

Лечебное питание, являющееся важным компонентом комплексной терапии токсикозов и экстрагенитальных заболеваний беременных, назначает терапевт по согласованию с акушером-гинекологом, наблюдающим за течением беременности, состоянием матери и плода.

6.4. ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В патогенезе ряда осложнений беременности существенную роль играют нарушения функций нервной системы на уровне коры, подкорковых центров и периферических структур. Эти расстройства могут быть первичными, когда беременность возникает на фоне существующих неврозов, вегетативных нарушений (нейроциркуляторная гипотония или гипертония) или вторичными. К вторичным условно можно отнести изменения в высших отделах нервной системы, возникшие вследствие патологического течения настоящей или предшествующих беременностей. Примером могут служить выраженные эмоциональные и другие расстройства у женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности. Страх за исход наступившей беременности, опасения в отношении последующих осложнений, особенно касающихся здоровья будущего ребенка, угнетают психику женщины. Состояние эмоциональной напряженности отягощается неустойчивостью семейных отношений, зависящей от неудовлетворенного желания иметь ребенка.

Аналогичные изменения в нервной системе нередко наблюдаются у беременных, ранее перенесших тяжелые

акушерские осложнения, оперативные вмешательства в родах, послеродовые заболевания, потерявших детей (мертворождение, смерть в периоде новорожденности и др.). Высокая степень эмоциональной напряженности может вызвать изменения в других системах организма,отягощающие течение и исход беременности.

Изменения в нервной системе играют существенную роль в патогенезе токсикозов беременных. При всей сложности теорий патогенеза существует согласованное мнение о важной роли нарушений функций нервной системы в развитии ранних и поздних токсикозов беременных. Обсуждается значение рефлекторного фактора в механизме возникновения и развития данной патологии, а также значение недостаточности нейрогуморальных реакций, определяющих адаптацию организма женщины к возникшей беременности. Имеют значение изменения в содержании медиаторов, гормонов и других биологически активных веществ, синтез и действие которых зависит от функций нервной системы. Это же относится к изменениям в сосудистой, иммунной и других системах организма, присущим поздним токсикозам беременности.

Акушерам-гинекологам известно желание многих женщин, страдающих тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, иметь ребенка, несмотря на предупреждения врачей о риске неблагоприятного развития плода и исхода беременности. Это относится к женщинам, страдающим пороками сердца, заболеваниями сосудистой системы, печени, почек, крови и других органов и систем. Больные женщины настаивают на сохранении беременности, но в то же время опасаются за судьбу будущего ребенка, развивающегося в осложненных условиях (хроническая гипоксия, нарушение питания, действие лекарственных веществ и др.) и угнетены страхом перед родами.

Не подлежат сомнению отрицательное влияние на течение и исход беременности не только патологических процессов, связанных с основным заболеванием, но также сопутствующих отрицательных эмоций. Известно, что такие эмоции влияют на функциональное состояние подкорковых центров, регулирующих деятельность важнейших систем организма, в том числе репродуктивную функцию.

Практическая деятельность акушерско-гинекологических учреждений показывает большое (нередко решающее) значение воздействия слова врача, убеждающего больную в необоснованности многих опасений и в вероят-

ности благополучного исхода беременности. Эта деятельность врача акушера-гинеколога имеет общие черты с психотерапией.

Психотерапия представляет собой воздействие на больного убеждением и разъяснением врача, успокаивающим и тонизирующим режимом, пронизывающим весь процесс обследования и лечения, поведение персонала, внушением веры в выздоровление и эффективность проводимого лечения [Мясищев В. Н., 1966, и др.]. Психотерапия основывается на знании патогенеза болезненных состояний и приемом воздействия на психику, позволяющих получить нужный результат лечения. Существует мнение, что психотерапевтом может и должен быть каждый врач, знающий закономерности течения данной болезни. Именно он способен сделать психотерапию конкретной, и, следовательно, эффективной.

Известны разные методы психотерапии, в том числе внушение в гипнозе и без гипноза, самовнушение, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия и др. Врачу женской консультации доступны основы рациональной психотерапии, которые он нередко использует в практике. Суть рациональной психотерапии состоит в том, что врач, основываясь на данных анамнеза, объективного исследования и клинического течения заболевания, использует рациональные логические доводы для преодоления неведения, неверного представления о состоянии здоровья, а также убеждает в благоприятном прогнозе, дает конкретные рекомендации, которые следует усвоить и выполнять [Лежепекова Л. Н., Якубов Б. А., 1977]. Рациональная психотерапия предусматривает установление полного контакта между врачом и больной, убеждение беременной в том, что она должна помогать врачу лечить ее путем точного выполнения всех рекомендаций.

Рациональная психотерапия является основой всех видов психотерапии, в том числе гипнотерапии [Вольперт Е. И., 1964].

Опубликованы данные об эффективности гипнотерапии рвоты беременных [Виш И. М., 1964], а также о лечении рвоты внушением в состоянии гипноза в сочетании с применением витаминов и медикаментозных средств [Барсукова О. И., 1964]. Токсикозы первой половины беременности (рвота, слюнотечение) успешно поддавались групповой гипнотерапии в условиях стационара и женской консультации [Куимова Н. И., 1964]. Сделаны попытки при-

менения внушения в состоянии гипноза в комплексной терапии поздних токсикозов беременных.

Положительно оценивается значение психотерапии в комплексном лечении беременных при угрозе самопроизвольного выкидыша. А. З. Хасин, А. И. Любимова, Л. Ф. Карачарова (1976) с этой целью с успехом применяли метод рациональной психотерапии (разъяснение сущности заболевания, убеждение в благоприятном исходе лечения). При выраженной эмоциональной неустойчивости, повышенной раздражительности, беспокойстве, подавленности и других проявлениях расстройств функций нервной системы практиковалось внушение в состоянии гипноза. Психотерапия проводилась в сочетании с другими методами лечения, в соответствии с индивидуальными особенностями этиологии и патогенеза преждевременного прерывания беременности.

Результаты лечения вполне благоприятны в отношении ближайших (исчезновение жалоб, нормализация тонуса и возбудимости матки) и отдаленных результатов (у большинства женщин беременность закончилась родами в срок). Авторы считают метод внушения в бодрствующем состоянии и гипнозе предпочтительным по сравнению с рациональной психотерапией. Однако опыт психотерапии при риске самопроизвольного прерывания беременности еще недостаточен.

Получены положительные результаты психотерапии (внушение в бодрствующем состоянии) больных поздним токсикозом. Математический анализ данных реоэнцефалографии показал, что психотерапия способствует снижению тонуса сосудов, улучшению кровообращения в сосудистом бассейне головного мозга [Мамаев О. Б., Богуш Т. Г., 1981].

Не подлежит сомнению целесообразность рациональной психотерапии при комплексном лечении многих осложнений беременности, в патогенезе которых существенную роль играют расстройства функций нервной системы.

6.5. ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ (АКУПУНКТУРА, ИГЛОУКАЛЫВАНИЕ) В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Суть метода иглорефлексотерапии состоит в раздражении строго определенных точек, расположенных в коже и подкожных тканях головы, лица, туловища, рук

и ног. Раздражение вызывается посредством специальных игл, вводимых на различную глубину (под определенным углом, вертикально и т. д.), с помощью специальных приемов. Реже применяется метод прижигания тканей в области избранных точек или сдавления их (акупрессура). Для воздействия на биологически активные точки используются также метод электропунктуры и воздействие лучом лазера. Однако наиболее распространен метод игло-рефлексотерапии (акупунктура).

Точки, используемые для иглоукалывания, некоторые авторы называют биологически активными. В этих точках более низкое электрокожное сопротивление и более высокий электрический потенциал, чем в окружающих тканях; они богаче нервными рецепторами, расположены вблизи кровеносных сосудов, мышц, сухожилий.

При иглоукалывании возникает поток импульсов (с рецепторов по соматическим и вегетативным волокнам) в соответствующие сегменты спинного мозга и вышележащие отделы центральной нервной системы (ствол мозга, ретикулярная формация, подкорковые центры, кора головного мозга), обуславливающий развитие общей реакции [Тыкочинская Э. Д., 1979]. При этом в крови изменяется содержание гормонов, медиаторов и метаболитов, а также соотношение катехоламинов, ацетилхолина, кининов [Кассиль Г. Н., 1959], что вызывает перестройку деятельности многих систем организма и способствует выздоровлению. Имеют значение сосудистые реакции, возникающие в зоне иглоукалывания, образование в этой области биологически активных веществ, оказывающих влияние на нервную, эндокринную, иммунную и другие системы организма. Все эти изменения способствуют восстановлению нарушенного гомеостаза. В результате правильного выбора точек иглоукалыванием достигается терапевтическое воздействие на функции определенных органов и систем.

Современные научные данные показывают, что основой действия иглоукалывания является сложный нейрогуморальный механизм [Русецкий И. И. и др., 1962; Тыкочинская Э. Д., 1979; Вогралик М. В., 1978, и др.]. Другие теории механизма действия иглоукалывания (тканевая, гистаминная, капиллярная, электрическая и др.) основаны на частных вариантах действия метода и недостаточно обоснованы методологически.

В системе иглоукалывания выделяется значение ух-иглотерапии (аурикулотерапия) в связи с наличием в

наружном ухе множества активных точек. Воздействуя на них, можно получить желаемый эффект при лечении заболеваний внутренних органов и патологических процессов в других системах организма.

Показания к иглоукальванию обширны; болевые синдромы различного происхождения, заболевания периферической нервной системы (радикулит, невралгия и др.), аллергические заболевания (бронхиальная астма, нейродермит, крапивница и др.); системные невроты, нарушения функций вегетативной нервной системы с проявлениями сосудистых, трофических и секреторных расстройств, некоторые заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции, болезни органов чувств, сексуальные и другие нарушения.

Данный метод противопоказан при злокачественных новообразованиях, острых инфекционных заболеваниях, острых психозах, опьянении, состоянии после инфаркта, в раннем детском и старческом возрасте. В соответствии с принятыми установками данный метод лечения противопоказан во второй половине беременности. Однако данные экспериментальных исследований и клинических наблюдений последних лет свидетельствуют о возможности и целесообразности применения иглорефлексотерапии и других разновидностей рефлексотерапии для профилактики некоторых осложнений беременности и родов.

В эксперименте и клинике обнаружены точки, при иглоукальвании которых возникает выраженный утеротропный эффект. Он выражается в усилении сократительной деятельности матки [Степанов В. С., Филимонов В. Г., 1974] или в торможении маточных сокращений [Воронцова Г. М., 1979] при правильном выборе точек для иглоукальвания. Биологически активные точки, при действии на которые происходит усиление сократительной деятельности матки, по данным В. С. Степанова и В. Г. Филимонова, располагаются на коже нижнего отдела живота беременной в зоне Захарьина—Геда (на средней линии живота у верхнего края лонного сочленения), кнутри от верхнего края бугорка лонной кости (парная), на 1,5 см кнаружи от средней линии живота, на средней линии живота на 9 см ниже пупка.

Сеансы иглоукальвания указанных точек использованы авторами для родовозбуждения и родостимуляции при наличии соответствующих показаний. Клинические показатели и результаты специальных исследований (кар-

диономониторная запись маточных сокращений, сердцебиения, плода и др.) послужили основанием для вывода об эффективности иглоукалывания, применяемого с целью усиления сократительной деятельности матки.

Метод иглорефлексотерапии с успехом применялся [Воронцова Г. М., Степанов В. С., Быков В. М., 1976] для профилактики аномалий родовых сил при наличии риска возникновения слабости родовой деятельности (инфантилизм, многократные аборт и патологические роды в анамнезе и др.), а также для лечения уже возникшей первичной и вторичной слабости родовых сил. Метод оказался эффективным не только в отношении усиления родовой деятельности. Его применение способствовало значительному уменьшению гипотонических кровотечений у рожениц группы риска, асфиксии и других видов патологии у детей. Заслуживают внимания данные о возможности ускорения течения родов и анальгезирующем эффекте иглорефлексотерапии. Во время сеансов иглорефлексотерапии беременные и роженицы вели себя спокойно, процедуры переносили легко. На сердцебиение и двигательную активность плода данный метод не влиял. Осложнения при проведении иглорефлексотерапии, по данным авторов, отсутствовали.

Иглорефлексотерапия применялась также для предупреждения самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов. С этой целью разработана система иглоукалывания, вызывающая торможение сократительной деятельности матки [Воронцова Г. М., 1979]. Активные точки, используемые для этой цели автором, располагаются между головками I и II плюсневых костей, на 4 пропорциональных деления ниже коленной чашечки, ниже головки и внутри от малоберцовой кости, между большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев, на руке на 2 пропорциональных деления выше лучезапястной складки между сухожилиями общего разгибателя пальцев и разгибателя V пальца (рис. 9). Сеансы иглоукалывания переносились хорошо. Быстро наступал эффект торможения сократительной деятельности матки. У большинства женщин беременность удалось сохранить до срока. Роды, как правило, проходили без осложнений. (кесарево сечение производилось в связи с наличием рубца на матке и порока ее развития). Не отмечено неблагоприятное влияние иглорефлексотерапии на плод, новорожденного, а также на течение послеродового периода. Положительное действие иглорефлексотерапии авторами объясняют с позиций нейро-

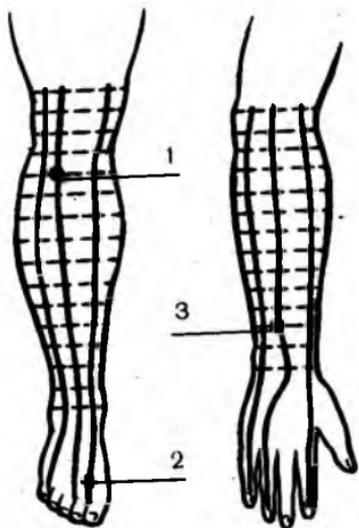


Рис. 9. Схема расположения точек, рекомендуемых для иглоукальвания при угрозе прерывания беременности.

1 — Цзу Сянь-ли (36111); 2 — Сянь-Цзянь (2×11); 3 — Вань-Гуай (5×).

гуморальной теории механизма действия этого лечебного фактора.

По данным А. Ф. Жаркина и А. Г. Ионкиной (1981), иглорефлексотерапия при риске преждевременного прерывания беременности является эффективной не только в отношении торможения маточных сокращений, но также как метод, способствующий устранению вегетативных, эндокринных и других нарушений, играющих значительную роль в патогенезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов. По мнению авторов, иглорефлексотерапию можно с успехом использовать при водянке беременных и нефропатии I степени. Под влиянием иглоукальвания снижалось артериальное давле-

ние, исчезали асимметрия и отеки, увеличивался диурез. При выраженных признаках нефропатии иглорефлексотерапию дополняли медикаментозными средствами.

Опубликованы данные о положительном действии иглорефлексотерапии при рвоте беременных и слюнотечении (Машковская Л. И., Бабицкая Т. А., 1980). Электропунктура в акушерстве применяется мало. В отношении светопунктуры имеются единичные сообщения.

Г. Г. Джвобенева и соавт. (1980) применили светопунктуру в комплексной терапии нефропатии беременных. Вместо иглы был использован луч гелий-неонового лазера, позволяющего получить непрерывное монохроматическое излучение. Для светопунктуры использованы точки, расположенные на руках и ногах. Кроме светопунктуры, больные получали диетическое питание, комплекс витаминов, метионин, фуросемид и др. Отмечены снижение артериального давления (без гипотензивных препаратов), повышение диуреза, снижение протеинурии, исчезновение отеков, улучшение протеинограммы и соотношение в содержании электролитов.

Изучение перспектив и методов иглорефлексотерапии

в акушерской практике продолжается. Это создает условия и возможности для применения данного метода лечения и профилактики акушерской патологии в условиях женской консультации. Перспективы использования иглорефлексотерапии связаны также с подготовкой акушеров-гинекологов в данной области медицины. В соответствии с указаниями Министерства здравоохранения СССР иглорефлексотерапию может осуществлять врач, получивший специальную подготовку в этой области.

Глава 7. ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ РОДИЛЬНИЦАМ

7.1. ГИГИЕНА И ПИТАНИЕ РОДИЛЬНИЦ

В родильном доме женщина осваивает необходимые гигиенические навыки, комплекс специальной гигиенической гимнастики, правила ухода за новорожденными.

Однако ко времени выписки из родильного дома многие процессы инволюции половых органов не полностью завершаются. Продолжаются процессы перестройки функций важнейших систем и переход их в состояние, характерное для небеременных женщин. Это относится к реактивности сосудистой системы, кроветворению, продолжающемуся выведению плацентарных гормонов и постепенному возврату в исходное состояние нейроэндокринных процессов.

Иногда не заканчивается полностью заживление ранах поверхностных мягких тканей родовых путей. Недостаточно окрепшими являются мышцы и фасции промежности и передней брюшной стенки.

Известно, что формирование внутреннего зева канала шейки матки и эпителизация внутренней поверхности матки заканчиваются к 10-му дню нормально протекающего послеродового периода. Полное восстановление структуры эндометрия происходит на 6—7-й неделе, а в области плацентарной площадки — на 8-й неделе после родов. Наружный зев канала шейки матки закрывается на 3-й неделе.

Таким образом, ко времени поступления роженицы под наблюдение врача женской консультации еще существуют условия для проникновения инфекции и развития

патологических процессов, если не выполняются требования гигиенического режима.

Тщательное наблюдение за состоянием родильниц необходимо и потому, что некоторые послеродовые заболевания проявляются на 2-й неделе и в более поздний срок после родов. К таким заболеваниям относятся послеродовой мастит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит и другие формы второго и дальнейших этапов распространения послеродовой инфекции. Появление признаков послеродовых заболеваний в домашней обстановке возможно в случае стертого течения послеродового эндометрита (или пуэрперальных язв), недостаточно правильного лечения вследствие неточной диагностики и прогноза.

В последние годы наряду с типичными формами мастита (серозный, инфильтративный, гнойный) встречаются стертые, субклинические формы, которые могут быть не распознаны в родильном доме. Симптомы типичных форм мастита нередко проявляются после выписки женщины из родильного дома. Запоздалый, «отсроченный» мастит обычно начинается в конце 2-й или на 3-й неделе после родов [Гуртовой Б. Л., 1981].

В послеродовом периоде нередко ухудшается течение пороков сердца, эндокринных и других заболеваний, на фоне которых протекали беременность и роды. У женщин, перенесших кровотечение, тяжелые токсикозы, септические процессы, возможны нейроэндокринные нарушения.

При нормальном течении родов и послеродового периода (по данным родильного дома) родильница посещает женскую консультацию не позднее 7—10-го дня после выписки из стационара, в дальнейшем — по назначению врача. Заключительное посещение происходит через 6—8 нед после родов, что соответствует концу пуэрперального периода. Предполагается произвести исследование молочных желез и половых органов, измерение артериального давления, анализ мочи и крови. Следует организовать консультацию терапевта, окулиста и других специалистов при наличии соответствующих показаний. При необходимости используются дополнительные лабораторные и другие специальные методы исследования.

Врач женской консультации дает исчерпывающие рекомендации в отношении гигиены тела, питания, работы, гигиенической гимнастики, а также по контрацепции, профилактике мастита и гипогалактии и др.

Следует напомнить о необходимости ухода за молоч-

ными железами (обмывание, ношение бюстгалтера), рекомендовать профилактику трещин сосков. Следует очищать сосок и ареолу от остатков молока до и после кормления, так как подсохшее молоко раздражает кожу и способствует образованию трещин (или мешает заживлению существующих) и их инфицированию. Для этого используют тампоны, смоченные кипяченой водой, 0,5% раствором борной кислоты или 0,5% раствором нашатырного спирта.

Следует разъяснять родильнице не только правила грудного вскармливания, но также важность значения кормления ребенка для ее организма. Акт кормления содействует созданию гормонального гомеостаза, а также восстановлению ряда функций организма, инволюции матки, процессам регенерации послеродовых раневых поверхностей.

Питание родильницы, особенно кормящей грудью, должно покрывать все потребности матери и ребенка. В то же время следует учитывать нецелесообразность избыточного питания, ведущего к ожирению женщины. Склонность к ожирению отмечается преимущественно у родильниц, перенесших осложнения беременности и родов (кровотечения, токсикозы и др.), искусственные аборты и другие оперативные вмешательства (Вогралик В. Г. и др., 1978], а также наблюдавшиеся до беременности расстройства менструальной функции.

В особом режиме родильницы не нуждаются. К обычному рациону питания следует добавить 0,5 л кефира, 100—200 г творога, яйца, сливочное масло, учитывая кормление грудью. Рекомендуются свежие фрукты, ягоды, овощи и другие продукты, богатые микроэлементами и витаминами. В конце зимы и весной желателен прием препаратов, содержащих комплекс витаминов (А, В₁, В₂, РР, С, D). По показаниям назначают препараты железа. Дневной рацион должен содержать не менее 90—100 г белка, 100—110 г жиров, до 450 г углеводов, калорийность пищи не менее 3000—3200 кал. С ростом ребенка и увеличением его потребностей в питательных веществах допустимо увеличение количества белка и углеводов, однако в пределах, не способствующих ожирению кормящей женщины. Женщине следует объяснить, что избыточное питание и обильное питье не увеличивают секреции молока. Во время кормления грудью не рекомендуются острые приправы, консервы, копченые продукты, запрещается употребление алкогольных напитков.

Физкультурные упражнения, начатые в родильном доме, женщина должна выполнять и в домашних условиях. Это имеет весьма важное значение для правильного функционирования сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, мышечной, пищеварительной и других систем организма, в том числе для поддержания функции лактации. Однако комплекс упражнений для первых дней послеродового периода целесообразно постепенно заменять упражнениями, которые рекомендуются для здоровых людей. Можно рекомендовать комплекс упражнений, передаваемый по радио, исключая наиболее нагрузочные приемы. Женщинам, имевшим родовые травмы промежности, рекомендуются дополнительные упражнения с целью укрепления мышц тазового дна.

К числу важнейших гигиенических мероприятий относится отказ от половой жизни в течение всего послеродового периода (6—8 нед), чтобы предупредить возможность занесения инфекции (неполное заживление родовых травм, разрыхление слизистой оболочки влагалища и шейки матки, незаконченное формирование наружного зева, недостаточная функция слизистой оболочки канала шейки матки и др.).

7.2. КОНТРАЦЕПЦИЯ ПОСЛЕ РОДОВ

В число задач врача женской консультации входят рекомендации по применению противозачаточных средств родильницам. Эта работа представляет собой составную часть мероприятий по профилактике абортот и связанных с ними гинекологических заболеваний. По данным В. И. Борова (1976), применение внутриматочных противозачаточных средств (ВМС) привело к значительному снижению гинекологической заболеваемости и дней утраты трудоспособности, обусловленной заболеваниями половых органов. Это связано с предупреждением абортов и систематическим наблюдением за женщинами, которым назначаются противозачаточные средства.

Вопрос о времени контрацепции и выборе противозачаточного средства имеет важное значение в связи с современными данными о возможности ранней овуляции, восстановления менструальных циклов после родов и возникновения беременности в период лактационной аменореи.

Вопреки существовавшему мнению о подавлении ову-

ляции во время кормления грудью, получены данные о возможности наступления овуляции через 1—2 мес после родов, в период лактации [Саядян О. Б., 1976; Снопкова Л. В., 1975; Vogherr H., 1980, и др.]. Возможно также раннее возобновление менструальных циклов (через 5—6 нед после родов), особенно у молодых первородящих женщин. По данным О. Б. Саядян, менструальная функция восстановилась у первородящих женщин через $108 \pm 6,9$ дня, у повторнородящих — через $144 \pm 6,8$ дня после родов. При этом у 51,3% женщин первая менструация была овуляторной. У 4,5—5% женщин в период лактационной аменореи наступает беременность.

Примерно через месяц после родов полностью исчезают последствия тормозящего действия плацентарных гормонов на синтез фолликулостимулирующего (ФС) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов [Мясников Г. П. и др., 1978]. Это означает возможность возобновления гонадотропной функций гипоталамо-гипофизарной системы сравнительно быстро после родов. Об этом, в частности, свидетельствуют данные о наличии выраженных пиков ЛГ в период лактационной аменореи [Саядян О. Б., 1976]. Не подтверждается также предположение о пониженной чувствительности яичников к действию гонадотропных гормонов в послеродовом периоде. Исследования последних лет показывают наличие эстрогенной активности яичников в период лактации. У некармлиющих женщин восстановление гонадотропной функции гипоталамо-гипофизарной системы и гормональной активности яичников может произойти еще раньше, в связи с чем возрастает риск наступления беременности через несколько недель после родов.

Изложенные данные показывают, что противозачаточные средства кормящим женщинам следует рекомендовать не позднее чем через 2—3 мес после родов, особенно родившим первый раз. Некормящим родильницам контрацепция может быть рекомендована раньше (при соответствующем желании женщины). Выбор противозачаточных средств должен производиться в соответствии с современными научными данными по этому вопросу, в том числе с учетом функции лактации.

Во время кормления грудью применение гормональной контрацепции нецелесообразно в связи с риском подавления лактации [Хопина А. А., Офицерова З. Г., 1979; Vogherr H., 1980] и возникновения осложнений (нарушение

углеводного обмена, функций печени и др.), особенно нежелательных в данный период жизни женщины:

Предпочтительно применение внутриматочных средств (ВМС), не оказывающих существенного влияния на эндокринную систему, обмен веществ и другие функции организма.

В некоторых родовспомогательных учреждениях практикуется введение ВМС на 5—6-й день после нормальных родов [Хопина А. А., Орлова В. С., 1979]. Более обширен опыт применения ВМС спустя 6—8 нед после неосложненных родов и при нормальном течении пуэрперия. Использование ВМС противопоказано при воспалительных заболеваниях (кольпит, эндоцервицит, эрозия шейки матки, эндометрит, метрит, сальпингоофорит и др.). Следует учитывать не только клинически выраженные, но и стертые (малосимптомные) формы послеродовых заболеваний (субфебрилитет, длительно существующие сукровичные выделения или мутного характера, недостаточно быстрая инволюция матки, объективные признаки кольпита, цервицита и др., не вызывающие жалоб).

При указанных условиях введение ВМС допустимо после тщательного лечения и проверки его эффективности при помощи объективных показателей (СОЭ, лейкоцитоз, лейкоцитарная формула, наличие С-реактивного белка и др.). Применение ВМС противопоказано при опухолях матки и придатков, которые редко наблюдаются у рожениц. Необходимо исключить беременность, если контрацепция начинается через 2—3 мес после родов.

В нашей стране применяются полиэтиленовые петли (типа петли Липпса), петли с антимикробной оплеткой и др. Продолжается поиск новых моделей, обладающих высокой надежностью в отношении противозачаточных свойств и гарантирующих снижение осложнений. В частности, испытывается эффективность ВМС, содержащих гестагены.

Как известно, механизм контрацептивного действия ВМС связывают с повышением перистальтики маточных труб, что приводит к ускоренному транспорту яйцеклетки в матку в состоянии, непригодном к оплодотворению. Имеют значение биохимические и морфологические изменения в эндометрии, тормозящие развитие прегравидарных процессов и препятствующих имплантации яйцеклетки, если оплодотворение произойдет. Возможен также фагоцитоз яйцеклетки и сперматозоидов нейтрофилами и

макрофагами, количество которых в эндометрии при данном виде контрацепции возрастает.

Противозачаточный эффект ВМС достигает 95,4% [Персианинов Л. С., Мануилова И. А., 1979]. Беременность и осложнения возникают сравнительно редко, особенно при удачном выборе и правильном введении контрацептива. Даже введение его через 5—6 дней после родов не вызывало особых осложнений. По данным А. А. Хопиной и З. Г. Офицеровой, у 82% рожениц, которым ВМС введено в указанный срок, осложнений не было; у остальных наблюдались выпадение ВМС, незначительные сукровичные выделения, редко беременность.

Осложнения наблюдаются главным образом при неправильном подборе ВМС, несовершенстве учета противопоказаний и техники введения. По данным литературы, возможны следующие осложнения и побочные эффекты: 1) нарушения менструальной функции, особенно в течение первых месяцев пребывания ВМС в матке (у 5—10%), 2) болевые ощущения в течение нескольких дней после введения ВМС и возобновление их в течение нескольких месяцев во время менструации (у 10—20%); 3) обострение хронических воспалительных заболеваний (1%); 4) наступление беременности при наличии ВМС в матке — явление редкое (допустимо развитие беременности, так как ВМС располагается вне амниона и не влияет на рост плода); 5) самопроизвольное изгнание (экспульсия) ВМС из матки (5—10%), происходящее чаще всего во время менструации и зависящее от неправильного выбора петли или расширения истмуса и внутреннего зева канала шейки матки (истмико-цервикальная недостаточность); 6) редкое явление — перфорация матки, главным образом при неумелом введении и извлечении ВМС.

Все побочные явления и осложнения можно предупредить при правильном использовании ВМС, что достигается специальной подготовкой врача, осуществляющего мероприятия по контрацепции. Правильно подобранный и введенный контрацептив может находиться в матке 3—5 лет (если не возникают осложнения) и удаляется врачом по желанию женщины.

Данный метод контрацепции широко используется во многих странах и в отечественных акушерско-гинекологических учреждениях. Оценка его эффективности осуществляется соответствующими учреждениями ВСС.

Роженицам, которые вследствие разных причин

(мертворождение, смерть новорожденного и др.) не кормят грудью, можно рекомендовать как ВМС, так и гормональную контрацепцию, которая проводится по общепринятым рекомендациям.

Гормональная контрацепция осуществляется путем приема внутрь (так называемая оральная контрацепция) таблеток, содержащих: 1) эстрогены вместе с гестагенами (прогестинами); 2) только малые дозы прогестинов. Кроме того, существует метод последовательного применения таблеток, содержащих эстрогены (10—14 таблеток) и эстрогены в сочетании с прогестинами (6—11 таблеток).

В практике акушерско-гинекологических учреждений используются комбинированные таблетки (эстрогены и прогестины), реже — содержащие микродозы прогестинов (mini-pili). В качестве комбинированных препаратов могут быть рекомендованы бисекурин, нон-овлон, инфекундин, эновид. В распоряжение врача поступают новые препараты, усовершенствование которых продолжается.

Принимают по 1 таблетке внутрь (лучше на ночь), начиная с 5-го дня менструального цикла, ежедневно в течение 21 дня. Если по какой-нибудь причине прием таблетки пропущен (снижается противозачаточное действие), то на следующий день рекомендуется принять две (по одной утром и вечером) и в дальнейшем принимать их в обычном порядке. Обычно через 2—3 дня после окончания приема препарата наступает менструальноподобная реакция, продолжающаяся 3—5 дней. С 5-го дня менструальноподобной реакции начинается новый цикл приема противозачаточных таблеток.

В механизме действия комбинированных противозачаточных таблеток основную роль играют торможение секреции рилизинг-факторов в гипоталамусе и последующее снижение синтеза и выделения гонадотропных гормонов, что ведет к подавлению овуляции. Имеет значение снижение пика ЛГ, характерного для предовуляторной фазы нормального менструального цикла. Полагают, что противозачаточному эффекту содействует повышение вязкости секрета желез канала шейки матки, тормозящее двигательную активность сперматозоидов. К факторам, усиливающим контрацептивный эффект, относят также изменение условий транспорта яйцеклетки, которая поступает в матку в сроки, не являющиеся оптимальными для имплантации. Нарушению имплантации способствует также неполноценность пролиферативных и секреторных процес-

сов в эндометрии. При длительном применении комбинированных гормональных препаратов в эндометрии возникают регрессивные процессы (гипоплазия, истончение).

При регулярном приеме таблеток противозачаточный эффект приближается к 100%. Однако применение противозачаточных таблеток может вызвать побочные эффекты и осложнения. К побочным явлениям относятся: увеличение массы тела, боль в молочных железах и напряжение их особенно в первые месяцы применения препаратов, головная боль, тошнота (главным образом в течение первых недель), кровянистые выделения (реже — кровотечения) в межменструальные периоды, реже — состояние депрессии, нарушение сна и др.

К осложнениям относятся: процессы тромбоэмболии, связанные с изменениями в свертывающей системе крови, развитие опухолей молочных желез при продолжительном применении контрацептивных препаратов.

При длительном использовании гормональных противозачаточных средств значительно снижаются функции гипоталамо-гипофизарной системы и яичников, возможно развитие гипоплазии матки, поэтому такие средства не рекомендуется применять более года. По прошествии этого срока оральные контрацептивы заменяют другими средствами. В случае возникновения выраженных побочных эффектов гормональную контрацепцию прекращают. Другие противозачаточные средства подбирают с учетом состояния здоровья.

Гормональные контрацептивы противопоказаны при наличии склонности к тромбозу, варикозном расширении вен, ранее перенесенном тромбофлебите, заболеваниях печени (ранее перенесенных и текущих) и почек, тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях (в том числе гипертонической болезни и склонности к гипертонии), ожирении, диабете, аллергии, ревматизме, бронхиальной астме, мигрени, депрессии, эпилепсии, хорее. Курение и употребление алкоголя повышают риск возникновения побочных явлений и осложнений при применении оральных контрацептивов.

Врач консультации осуществляет систематический контроль за состоянием здоровья женщин, которым назначают противозачаточные средства. Детальное обследование всех важнейших систем и половых органов (в том числе анализы крови, мочи, бактериологическое исследование секрета шейки матки и содержимого влагалища и др.)

производится до назначения противозачаточного средства, а также в течение всего периода контрацепции. При этом выявляются побочные эффекты и осложнения. Осложнения служат показанием к прекращению применения данного контрацептива. При нерезко выраженных побочных явлениях (тошнота, болевые ощущения, межменструальные сукровичные выделения и др.), возникающих в первые месяцы контрацепции, врач может использовать выжидательную тактику. Применение контрацепции данного вида прекращают при стойком характере побочных явлений.

После родов применим также физиологический метод предупреждения беременности. Суть его, как известно, состоит в прекращении половых сношений в период овуляции с учетом продолжительности жизни яйцеклетки (около 24 ч) и оплодотворяющей способности сперматозоидов (до 48 ч). При 28-дневном цикле половые сношения прекращаются с 12-го по 16—17-й день цикла включительно. Этот период примерно охватывает срок овуляции, жизнеспособности половых клеток.

В практике работы женских консультаций возникает необходимость рекомендовать механические и местнодействующие химические средства.

Достаточно надежен презерватив, а также влагалищные диафрагмы. При необходимости используются шеечные колпачки, которые надевает врач на срок 5—7 дней. По этой причине колпачки не являются удобным средством предохранения от беременности. Неудобство состоит и в том, что применение их противопоказано при наличии эндометрита, цервицита, эрозии, эрозированного эктропиона и других видов патологии шейки матки.

Из химических средств можно рекомендовать грамицидиновую пасту, снабженную специальным приспособлением для введения во влагалище (5—6 г пасты перед половым сношением).

Можно применять контрацептив Т — влагалищные суппозитории, содержащие борную кислоту (0,3 г), таннин (0,06 г), хинозол (0,03 г) и основу (жировую или ланолиновую). Суппозитории вводят во влагалище за 5—6 мин до полового сношения.

Применяют также таблетки галаскорбина (комплексное соединение калиевых солей, аскорбиновой и галловой кислот), которые вводят во влагалище за 5—10 мин до полового сношения, таблетки лютенурина и другие препараты. Действие составных частей местных противоза-

чаточных средств заключается в подавлении активности движений и оплодотворяющей способности сперматозоидов.

7.3 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Диспансеризация беременных и гинекологических больных относится к числу основных методов работы женских консультаций. Как известно, сущность этого метода состоит в постоянном наблюдении за женщинами, стоящими на учете, осуществлении по отношению к ним мер индивидуальной и общественной профилактики, в оздоровлении труда и быта. С помощью диспансерного метода осуществляется синтез лечебного и профилактического принципов в медицине [Буренков С. П., 1977]. Диспансеризация способствует профилактике, ранней диагностике и своевременной терапии заболеваний и функциональных расстройств.

Диспансерный метод широко используется в отношении беременных женщин. Все беременные состоят на учете женских консультаций, находятся под наблюдением акушера-гинеколога, их консультирует терапевт, по показаниям — врачи других специальностей. Особо тщательно и систематически обследуют беременных при наличии у них акушерской патологии и экстрагенитальных заболеваний. Им оказывают необходимую лечебно-профилактическую помощь в условиях женской консультации, специализированных поликлинических и стационарных учреждениях.

Диспансеризация осуществляется также в отношении контингентов родильниц. Определены нормативы посещений и обследования в условиях женских консультаций здоровых родильниц, а также лиц, у которых в течение беременности, родов и послеродового периода наблюдались осложнения¹.

В соответствии с существующими научными данными и опытом работы акушерско-гинекологических учреждений можно выделить контингенты родильниц, которым показано особо тщательное диспансерное наблюдение. Раннее выявление и лечение патологических процессов у родильниц, подлежащих особо тщательной диспансеризации, является мерой профилактики гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивной функции.

¹ Инструктивно-методические указания по организации работы женской консультации. — М., 1981.

Можно считать целесообразным выделение для диспансеризации групп родильниц, имеющих риск возникновения или ухудшения течения экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, влияющих на функции репродуктивной системы. К ним можно отнести родильниц со следующими особенностями анамнеза, течения беременности, родов и пуэрперального периода:

1) имевших аномалии менструальной функции в период полового созревания и позднее, признаки инфантилизма, самопроизвольные выкидыши в анамнезе;

2) перенесших до настоящей беременности искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов (специфической и неспецифической этиологии), хирургические вмешательства в области половых и других органов;

3) имевших до настоящих родов патологические беременности, осложнения и оперативные вмешательства в родах;

4) перенесших при настоящей беременности токсикозы, анемию, артериальную гипотонию, имевших многоплодную беременность, тазовые предлежания и неправильные положения плода и другие виды патологии беременности, а также экстрагенитальные заболевания (пороки сердца, сосудов, кроветворной, гепатобилиарной, эндокринной и других систем, острые и хронические инфекционные процессы и др.);

5) родильниц, у которых настоящие роды были патологическими (аномалии родовых сил и затяжное течение родов, акушерские щипцы; эндомиометрит в родах, патологическая кровопотеря, родовые травмы и др.);

6) всех женщин, перенесших послеродовые заболевания (в том числе мастит), протекавшие с выраженными клиническими проявлениями и в стертой форме.

У родильниц указанных групп существует риск возникновения воспалительных заболеваний половых органов, ухудшения течения экстрагенитальных заболеваний, возникновения послеродовых нейроэндокринных расстройств, изменений положения матки и влагалища, патологических процессов в области шейки матки, предрасполагающих к развитию новообразований. Опубликованы данные о возможности неблагоприятных отдаленных последствий поздних токсикозов и других осложнений беременности.

Реабилитация родильниц, перенесших осложнения беременности и родов, а также страдающих экстрагени-

тальными заболеваниями, проводится в женских консультациях и специализированных лечебно-профилактических учреждениях.

Восстановительное лечение - будет успешным при условии строгого соблюдения правил личной гигиены, рационального питания и установлении психологического контакта между больной и лечащим врачом.

Большую помощь оказывает рациональная психотерапия, особенно в случае неблагоприятного исхода беременности (патологические роды, утрата ребенка, пороки развития новорожденного и др.), наличии заболеваний, влияющих на внешность (ожирение, гирсутизм и др.), менструальную и другие функции, а также отягощающих семейные отношения. К методам восстановительного лечения в послеродовом периоде относится аппаратная физиотерапия, оказывающая положительное влияние на местные процессы (активирование процессов регенерации) и важнейшие функциональные системы организма, обеспечивающие развитие приспособительных и защитных реакций.

Как упоминалось ранее, с применением физиотерапевтических процедур можно уменьшить дозы медикаментозных средств, не снижая при этом эффективности их действия. Такая возможность уменьшения медикаментозной нагрузки в период кормления грудью имеет большое значение потому, что многие фармакологические препараты переходят в молоко матери. В кровеносные сосуды молочных желез попадают все фармакологические препараты, связанные с белками и растворенные в плазме крови [Vorherr H., 1980]. Эти препараты переходят в молоко в значительно меньшем количестве по сравнению с содержанием их в организме матери. Однако они могут оказать неблагоприятное действие на ребенка, особенно при длительном применении значительных доз. Установлен переход в молоко кормящей матери антибиотиков, сульфаниламидов, салицилатов, барбитуратов, бромидов, резерпина, ацетилсалициловой кислоты, хинина, хлоралгидрата, антигистаминных, многих болеутоляющих и других препаратов. В молоко матери переходят также никотин и алкоголь.

Воспалительные заболевания у родильниц нередко имеют затяжное течение в связи с наличием раневых поверхностей, а также со снижением защитных сил организма в случае повышенной кровопотери, длительного течения осложненных родов, оперативных вмешательств. Лечение

воспалительных заболеваний, возникших в послеродовом периоде, проводится, как правило, в условиях стационара. В женскую консультацию направляют родильниц с остаточными проявлениями воспалительных процессов. Значительно реже (по особым причинам) они обращаются к врачу консультации при наличии симптомов, характерных для подострой стадии процесса (непостоянный или стабильный субфебрилитет, умеренное повышение СОЭ и количества лейкоцитов, признаки экссудации или инфильтрации в очаге воспаления и др.).

При подостром сальпингоофорите, эндомиометрите, параметрите женщину целесообразно направить на стационарное лечение. Это же следует практиковать в отношении родильниц, у которых в секрете шейки матки и содержимом влагалища обнаружены гонококки. Стационарное лечение больных гонореей необходимо для профилактики восходящих форм этого заболевания. Оно проводится в соответствии с существующими установками (антибиотики, контроль показателей излеченности).

Лечение эндометрита и сальпингоофорита в подострой стадии (если больная не соглашается на госпитализацию) проводит врач женской консультации. При этом в домашней обстановке создается соответствующий режим (содержание в постели, питание, уход) и лечение. Применяются антибиотики широкого спектра (если они не были использованы в стационаре) в таких дозах и с такими интервалами, чтобы не снижать концентрацию препарата, оказывающего антибактериальное действие. Эффективны оксациллин, метациллин, олететрин, тетраолеан, канамицин. Антибактериальным действием обладают нитрофураны и сульфаниламиды; из сульфаниламидов приобретают значение препараты длительного действия (сульфадиметоксин, мадрибон и др.). При проведении антибактериальной терапии назначают нистатин, леворин и др. Одновременно больные принимают витамины, особенно при недостаточности в пище фруктов, ягод и овощей. В дальнейшем рекомендуется физиотерапия, которую проводят под контролем клинической картины и показателей крови (СОЭ, лейкоцитоз и др.).

Из физиотерапевтических процедур могут быть рекомендованы [Стругацкий В. М., 1931]: 1) ультрафиолетовое облучение (эритемная биодоза) последовательно задней поверхности верхней трети бедер, передней поверхности верхней трети бедер, пояснично-крестцово-копчиково-

вой области, нижней части передней брюшной стенки до паховой складки (воздействию подвергается одно поле в день); 2) индуктотерапия, которая начинается с накожного действия, а при отсутствии острой и очаговой реакции переходят к внутривлагалищным процедурам; 3) микроволновая терапия в виде накожных воздействий или с использованием внутривлагалищных излучателей; 4) электрофорез лекарственных веществ (амидопирин, кальций, магний, салициловая кислота и др.), который начинают с накожных воздействий, а затем при отсутствии общей и очаговой реакции проводят внутривлагалищные процедуры. Разрабатываются и другие методы физиотерапии, применимые при воспалительных заболеваниях. Физиотерапию проводит опытный врач-физиотерапевт.

По показаниям применяют десенсибилизирующие препараты, тонизирующие (настойка лимонника, пантокрин, элеутерококк и др.), седативные (препараты валерианы или пустырника) и болеутоляющие средства (анальгин, антипирин, ацетилсалициловая кислота и др.).

Остаточные явления эндомиометрита, сальпингоофорита, параметрита, пельвиоперитонита распознаются обычно после окончания послеродового периода, так же как и хроническая стадия этих заболеваний. Эти процессы подлежат лечению в соответствии с принципами и методами, принятыми в гинекологии для терапии хронических воспалительных процессов и остаточных проявлений этих заболеваний.

К числу больных, которые подлежат долечиванию в консультации, относятся женщины, страдающие цервицитом и кольпитом. До начала лечения следует выявить возбудителя воспалительного процесса, что позволит правильно выбрать лечебные средства. Лечение кольпита в послеродовом периоде проводится по общим правилам. Предписывается тщательное выполнение правил личной гигиены, запрещается половая жизнь. Необходимы одновременное обследование и соответствующее лечение уретрита у мужа.

При неспецифическом бактериальном кольпите рекомендуются туалет наружных половых органов и спринцевание с настоем ромашки или дезинфицирующими средствами (0,02—0,01% раствор перманганата калия, 50% раствор сульфата цинка — 1 столовая ложка на 1 л воды, 1% спиртовой раствор хлорофиллипта — 1 столовая ложка на 1 л воды). Кроме спринцеваний, применяются

тампоны, пропитанные 2% масляным раствором хлорофиллипта, хлорофилло-каротиновая паста (местно).

При упорном течении процесса можно использовать местно 1% стрептомициновую или 20% альбуцидовую эмульсию. Применение эмульсий показано после выявления чувствительности возбудителя кольпита к указанным антибактериальным препаратам. При наличии показаний проводится общеукрепляющая терапия, а также коррекция нарушений в той или иной системе организма роженицы.

В послеродовом периоде возможно возобновление существовавшего ранее и недолеченного трихомоноза, включая кольпит указанной этиологии. Современные тенденции терапии трихомоноза заключаются в отказе от длительного многодневного лечения в пользу коротких (вплоть до однодневных) циклов с применением ударных доз препарата.

Наиболее распространенным методом является применение метронидазола (трихопол, флагил) по 0,25 г 2 раза в день в течение 10 дней или лечение ударными дозами этого препарата (по 0,5 г 2—3 раза в сутки в течение 5 дней; существуют и другие ударные схемы лечения). Для кормящих матерей предпочтительны не ударные, а обычные дозы препарата. Весьма эффективно применение фазигина в одноразовой дозе (4 таблетки по 0,5 г). Препарат вызывает распад трихомонад быстрее и совершеннее, чем метронидазол. Однако кормящим женщинам и беременным лучше назначать метронидазол.

Лечение трихомоноза у больной и ее мужа проводится одновременно, с равной тщательностью. Это принцип применим также к лечению кандидамикоза. Наиболее целесообразно местное применение противогрибковых препаратов — нистатина (порошок, мазь, глобули, содержащие 100 000 ЕД препарата) и леворина (мазь, содержащая в 1 г 500 000 ЕД антибиотика); лечение проводится ежедневно в виде 3 курсов продолжительностью 2—3 нед с недельным перерывом. При непереносимости антибиотиков можно использовать борную кислоту, которая в концентрации 2—4% подавляет рост кандид. Применяют капсулы, содержащие 0,6 г препарата (вводят во влагалище 2 раза в день), или 5% мазь на ланолине (для смазывания стенок влагалища 2—3 раза в день). Курс лечения 2 нед. Вспомогательным средством является 20—30% раствор бора натрия в глицерине (вводится посредством тампо-

на на ночь после спринцевания). Правильное лечение кольпита способствует исчезновению воспалительной реакции в области шейки матки. Это связано с тем, что возбудитель кольпита вызывает одновременно или последовательно возникновение цервицита. В послеродовом периоде не рекомендуются местные процедуры (смазывание канала шейки матки и др.) в связи с риском распространения инфекционного процесса. При наличии цервицита, осложненного эрозией или эрозированным эктропионом, рекомендуется применять масляные эмульсии антибактериальных препаратов (посредством тампонов) и облепиховое масло, способствующее процессам регенерации. Более радикальные методы лечения (электропунктура, электрокоагуляция) используются при упорном течении эрозий, после окончания пuerперального периода. Предварительно производятся кольпоскопия и прицельная биопсия.

Патология молочной железы также нередко вызывает необходимость восстановительного лечения в условиях женской консультации. Это относится к нарушениям секреции молока, преимущественно гипогалактии, а также последствиям мастита или возникновению этого заболевания после выписки из родильного дома.

Исключительно важное значение кормления ребенка грудью не вызывает никаких сомнений. С молоком матери ребенок получает полноценное питание, антитела, бактерицидные вещества. Процесс кормления грудью полезен для здоровья матери, у некармлиющих женщин дисгормональные заболевания молочных желез возникают значительно чаще, чем у кормящих грудью.

Процесс секреции и отдачи молока имеет сложную нейроэндокринную регуляцию. Основную роль играет гипоталамо-гипофизарная система посредством синтеза и выделения пролактина, стимулирующего секреторную функцию молочных желез. В то же время на молочную железу воздействуют гормоны надпочечников (кортикостероиды, катехоламины), щитовидной, паращитовидной, поджелудочной желез [Колодина Л. Н., Гранат Л. Н., 1981]. На процесс лактации, возможно, влияет также эпифиз [Роговская Т. А., 1981].

Процесс лактации подчинен рефлекторному механизму. Акт кормления грудью стимулирует секрецию пролактина и других гуморальных факторов, влияющих на процесс образования молока. Большое значение имеют психоло-

гические факторы, в частности относящиеся к сфере эмоций.

Нарушение процесса лактации происходит вследствие изменения нейроэндокринной регуляции этого процесса, возникающего по разным причинам.

Гипогалактия нередко наблюдается у родильниц, имеющих признаки инфантилизма (недостаточность развития молочных желез и механизмов, регулирующих лактацию), перенесших поздние токсикозы (особенно тяжелые формы), патологическую кровопотерю во время родов, акушерские операции, сопряженные с травмами, послеродовые септические процессы, а также у женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями. Понижению секреции молока способствуют трещины сосков (рефлекторный механизм), маститы, неправильное кормление (отсутствие регулярности, не полное опорожнение железы и др.).

Гипогалактия может проявиться в течение первых 10 дней после родов (ранняя форма) или позднее (поздняя форма) этого срока. Акушеру-гинекологу чаще приходится наблюдать позднюю форму гипогалактии, а также случаи ранней формы, если процесс лактации не удалось урегулировать в условиях родовспомогательного учреждения.

На основании данных литературы и собственного опыта ученые Ленинграда [Колодина Л. Н., 1976; Гранат Л. Н. и др., 1977] рекомендуют следующие методы лечения гипогалактии. Используется пролактин (по 6 ЕД 2 раза в сутки в течение 6 дней) или его сочетание с маммофизинном (5 ЕД пролактина и 1 мл маммофизина ежедневно в течение 5—6 дней). Применяют также внутримышечно окситоцин (по 2 ЕД 2 раза в сутки в течение 5—6 дней); этот гормон усиливает процесс молокоотдачи (возможно, усиливает синтез пролактина). Рекомендуется применение витамина А (внутримышечно по 100 000 ЕД в сутки в течение 25 дней), витамина В₁₂ по 50 мкг (внутримышечно) ежедневно на протяжении 2 нед, витамина РР по 0,05 г внутрь 2 раза в день за 10 мин до кормления (7—10 дней), витамина С по 0,2 г (внутри) 10—14 дней подряд. Можно назначать микродозы йода (10 мл 0,5% раствора йодида калия разводят в 200 мл дистиллированной воды, принимают по 1 чайной ложке 3 раза в день), усиливающего ферментные системы, защитные силы организма и косвенно влияющего на лактацию.

При гипогалактии с успехом проводят физиотерапевтические процедуры: ультрафиолетовое облучение молочных желез (с 0,25 до 2—2,5 биодоз, лечение ежедневное в течение 15—20 дней). Воздействие на молочные железы ультразвуком (режим импульсный, интенсивность 0,4 Вт/см² с последующим повышением до 0,6 Вт/см², продолжительность процедуры 2 мин, постепенно ее доводят до 5 мин; всего 6—8 процедур). Вибрационный массаж, который производят круговыми движениями от основания молочной железы к соску (продолжительность массажа 2—3 мин; всего 10 процедур). Применяют и другие процедуры (гальванизация области молочных желез, аэроионизация и др.). Имеются сообщения о положительном действии электросна и психотерапии.

Лечение трещин сосков имеет значение при лечении гипогалактии и профилактики мастита. При незаживших трещинах рекомендуется накладывать на соски марлевые салфетки, пропитанные линиментом синтомицина после удаления остатков молока тампоном, смоченным кипяченой водой или 0,5% раствором борной кислоты. Перед кормлением линимент удаляют таким же образом. Используют и другие методы: смазывание трещин 1% спиртовым раствором метиленового синего или бриллиантового зеленого, раствором перманганата калия и др.

Проводят также физиотерапевтические процедуры, усиливающие процессы трофики и регенерацию. Рекомендуют облучение сосков коротковолновыми ультрафиолетовыми лучами с помощью специальных приспособлений (тубус-локализатор). Начинают облучение с 2 биодоз. С каждой процедурой количество биодоз повышают на одну и доводят до 10 (всего 10 процедур). С успехом применяют также дарсонвализацию соска малой мощности (продолжительность сеанса 5—8 мин ежедневно; на курс 10—12 процедур). Проводят микроволновую терапию трещин сосков (доза слаботепловая, продолжительность процедуры 10 мин ежедневно; всего 8—10 процедур).

Трещины сосков являются наиболее частой причиной проникновения инфекции и развития мастита. Как уже упоминалось, мастит может возникнуть после выписки из родильного дома. Вопрос о методах лечения больной, в том числе о госпитализации, врач женской консультации решает совместно с хирургом; к консультации привлекается также физиотерапевт. Лечение при мастите комплексное.

Основным компонентом комплексного лечения являются антибиотики. Предпочтительны полусинтетические препараты — оксациллин, метициллин и ампициллин. Высокоэффективны фузидин, гентамицин, цеפורин и другие препараты, обладающие широким спектром действия. Рекомендуется внутримышечное применение, при легких формах мастита — прием внутрь. Необходимо назначать оптимальные дозы и соблюдать положенные интервалы между приемами антибиотиков.

Для повышения иммунологической реактивности организма применяют антистафилококковый гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин, аутогемотерапию. Показаны витамины, болеутоляющие (ацетилсалициловая кислота, реопирин, седалгин), местно масляно-мазевые компрессы (вазелиновое или камфорное масло, бутадионовая мазь, бальзамический линимент по Вишневскому).

Рекомендуются физические методы лечения. При серозном мастите используют микроволны дециметрового или сантиметрового диапазона, ультразвук, ультрафиолетовое облучение грудной железы. При инфильтративном процессе рекомендуется применять те же физиотерапевтические факторы, но увеличить тепловую нагрузку.

Больных гнойным маститом направляют в стационар. После хирургического вмешательства проводят долечивание физическими методами. Первый этап долечивания — облучение ультрафиолетовыми лучами области послеоперационной раны и окружающих участков кожи молочной железы (с 0,5 до 2 биодоз, пока не будет достигнута полная эпителизация раны). Второй этап — дарсонвализация молочной железы (15 процедур) [Стругацкий В. М., 1981]. Кормление ребенка при гнойном мастите противопоказано (возможность инфицирования ребенка), при серозном — в острой стадии допускается сцеживание, впоследствии — кормление ребенка.

Галакторея является следствием нарушения регуляции функций молочных желез на уровне гипоталамо-гипофизарной системы. Рекомендуются общеукрепляющее лечение и психотерапия. Для профилактики мацерации кожи соска и ареолы необходимо часто менять стерильные марлевые салфетки. С успехом применяют физиотерапию: гальванический воротник, эндоназальную гальванизацию.

Кровотечения в послеродовом периоде. В первые часы послеродового периода кровотечения, как известно, возникают при гипотонии матки, задержке

части плаценты, разрыве мягких тканей или нарушении свертываемости крови. Врачу женской консультации приходится оказывать помощь при поздних послеродовых кровотечениях. Причинами их могут быть субинволюция и задержка эпителизации раневой поверхности матки и процесса регенерации эндометрия. Это может наблюдаться при гипотонии матки в результате ее перерастяжения (многоплодная беременность, крупный плод), а также при миоме матки. Причиной возникновения значительных кровотечений могут быть задержка частей плаценты, эндометрит, распад тромбов в области плацентарной площадки. Источником кровотечения могут явиться плацентарный полип и сосуды окружающей зоны (нет эпителизации). Реже кровотечение возникает из сосудов в области разрыва шейки матки и промежности. Не следует забывать о такой причине кровотечения, как хорионэпителиома.

Очень важно установить причину позднего послеродового кровотечения. Этому способствуют изучение анамнеза (многоплодная беременность, крупный плод, разрывы мягких тканей родовых путей и др.), осмотр промежности, стенок влагалища и шейки матки, бимануальное исследование (субинволюция, чувствительность матки, зияние наружного зева и расширение канала шейки матки и др.). По показаниям определяют экскрецию ХГ, проводят гистероскопию, цитологическое исследование выделений из матки и др.

Лечение начинают с назначения антибиотиков, потому что наиболее частой причиной кровотечения является инфицирование остатков децидуальной оболочки и тканей эндометрия. При продолжительном кровотечении и отсутствии признаков инфекции осуществляют выскабливание матки (при сильном кровотечении по жизненным показаниям), так как в подобных случаях источником кровотечения чаще всего является плацентарный полип. Выскабливание матки производят в стационаре, так же как и лечение больных с проявлениями инфекции и упорных кровянистых выделений. При подозрении на хорионэпителиому (экскреция ХГ в позднем послеродовом периоде, увеличенная размягченная матка, прощупывание узлов и др.) больную немедленно направляют в онкологическое учреждение.

Реабилитация родильниц, перенесших поздние токсикозы, состоит в своевременном распознавании гипертензии (гипертонической болезни), пиелонефрита, гломе-

рулонефрита, патологии сосудов глазного дна и других нарушений. Восстановительное лечение проводится в основном терапевтом женской консультации, а при показаниях — акушером и другими специалистами. Акушер-гинеколог женской консультации организует специализированную помощь, выявляет и своевременно лечит сопутствующие расстройства и заболевания половой системы.

Такой же принцип организации восстановительного лечения применим по отношению к родильницам, страдающим экстрагенитальными заболеваниями (пороки сердца, гипертоническая болезнь, заболевания почек, печени, желез внутренней секреции, нервной системы и др.). Акушер-гинеколог учитывает возможность ухудшения после родов основного заболевания, сравнительную частоту нарушений менструальной, половой и генеративной функций, а также органических заболеваний внутренних половых органов у женщин с экстрагенитальными заболеваниями. Это объясняется несовершенством защитных сил организма, частым присоединением акушерской патологии и применением оперативных методов родоразрешения, предрасполагающих к возникновению процессов инфекционной этиологии.

Одновременно с долечиванием экстрагенитальных заболеваний обеспечивается терапия патологических процессов в половых органах и коррекция функциональных нарушений половой системы.

В системе реабилитации родильниц, перенесших токсикозы и экстрагенитальные заболевания, значительное место занимают немедикаментозные методы: психотерапия, рациональное питание, лечебная гимнастика и особенно физиотерапия. В. М. Стругацкий (1981) рекомендует использовать при гипертонической болезни гальванизацию зоны воротника по Щербаку, для перенесших нефропатию — микроволновую терапию дециметрового или сантиметрового диапазона (область почек), для больных пиелонефритом и гломерулонефритом — ультразвук в импульсном режиме (воздействие на область почек).

Родовые травмы и их последствия заслуживают большого внимания акушера-гинеколога женской консультации. Недостаточно правильное наложение швов после родов приводит нередко к расхождению швов, образованию пуэрперальных язв в области промежности и на шейке матки. В таких случаях заживление происходит вторичным натяжением, с образованием рубцов и деформа-

ций (эктропион в области шейки матки, зияние половой щели). Нередко несовершенное наложение швов приводит к несостоятельности мышц тазового дна и постепенному опущению (реже выпадению) влагалища и матки.

К важным методам реабилитации относится лечебная гимнастика, имеющая целью укрепление мышц тазового дна, передней брюшной стенки и других групп мышечного аппарата. Использование лечебной гимнастики женщинами, перенесшими травмы промежности (разрывы, расслабление в связи с родами крупным плодом, частыми повторными родами и др.), значительно снижает риск опущения и выпадения половых органов [Глебова Н. Н. и др., 1979]. Занятия начинают в послеродовом периоде и продолжают выполнять упражнения длительное время в соответствии с рекомендациями врача консультации¹.

Значительные повреждения мышц тазового дна могут привести к опущению (выпадению) влагалища и матки, особенно если не проводились профилактические мероприятия (лечебная гимнастика, рационализация трудовых процессов). В таких случаях показана хирургическая коррекция опущения половых органов и несостоятельности тазового дна в связи с прогрессирующим характером патологии и возникновением сопутствующих осложнений. К наиболее частым осложнениям относятся заболевания шейки матки и восходящее инфицирование мочевых путей. Перед хирургическим вмешательством в консультации проводится лечение эрозий, эктропионов и других заболеваний шейки матки, кольпита, а также санация мочевых путей (совместно с урологом).

После операции больные подлежат диспансерному наблюдению на срок, определяемый врачом консультации.

Послеродовые нейроэндокринные нарушения представляют значительную сложность в отношении распознавания и восстановительного лечения. Необходимы специальные исследования, консультации эндокринолога, терапевта, невропатолога и других специалистов. Симптомы указанных заболеваний нередко проявляются позднее окончания послеродового периода (через несколько месяцев и даже лет), и женщины подлежат восстановительному лечению как гинекологические больные. Задачами врача, под наблюдением которого находятся

¹ Бодяжина В.И., Василевская Л.Н., Побединский Н.М., Стругацкий В.М. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в женской консультации. — М., 1980.

родильницы, являются: 1) выявление лиц, имеющих риск возникновения нейроэндокринных нарушений; 2) проведение мер профилактики их развития.

В группе риска могут быть включены родильницы с проявлениями инфантилизма, перенесшие токсикозы, кровотечения, септические заболевания и другие виды акушерской патологии.

Профилактика сводится к коррекции нарушений нервной, эндокринной, выделительной систем, ожирения, расстройств лактации и других функций. Большую роль играют лечебная гимнастика и рациональное питание.

Известно, что ожирение является результатом чрезмерного питания или следствием эндокринных нарушений, которым сопутствует изменение обмена веществ. В свою очередь ожирение усиливает нарушение функций желез внутренней секреции, обмена веществ, функций нервной и сосудистой систем.

Послеродовое ожирение также связано с указанными причинами. В. Г. Вогралик и соавт. (1978) наблюдали послеродовое ожирение у женщин, перенесших искусственные аборты, а также осложнения беременности и родов, предрасполагающие к возникновению нейроэндокринных расстройств. Ожирение нередко сопровождалось гипертензией, вегетососудистыми кризами, нарушениями углеводного обмена, расстройством менструальной функции. Авторы разработали комплексную систему лечения послеродового ожирения, в которой первое место отводится мерам, способствующим снижению массы тела и активации процессов липолиза. Это достигается применением гипокалорийной диеты и разгрузочных дней. Одновременно рекомендуется гидромассаж, циркулярный душ, лечебная физкультура. По показаниям назначаются анорексические (фепронон, дезопимон), жиромобилизующие (адипозин, иногда — тиреоидин) препараты. Применяются также средства, регулирующие функции сосудистой системы. Получен хороший эффект, достигнуты устранение избыточной массы тела и последующее исчезновение или уменьшение числа вегетативных кризов и гипертензии у большинства (91,3%) больных.

Диспансерному наблюдению и восстановительному лечению подлежат родильницы, у которых беременность и роды протекали на фоне диабета, заболеваний щитовидной железы и надпочечников, а также оперированные по поводу склерокистоза яичников. У женщин,

страдающих эндокринными заболеваниями, во время беременности часто отмечаются токсикозы, во время родов возникают осложнения, отягощающие течение послеродового периода. В связи с этим у родильниц возможно ухудшение основного заболевания (диабет, патология надпочечников, щитовидной железы и др.), а также возникновение родовых травм, воспалительных процессов и других осложнений. У многих больных родильниц наблюдается гипогалактия, что ухудшает условия вскармливания ребенка и психологический климат в семье.

Следует отметить возможность возникновения нейроэндокринных нарушений в связи с патологическим течением беременности и родов. Такие нарушения могут возникнуть у ранее здоровых женщин, но чаще они развиваются на фоне предрасполагающих факторов (инфантилизм, расстройства менструальной функции, хронические заболевания, повторные беременности и роды, осложнившиеся кровотечениями, и др.).

Существующие классификации послеродовых нейроэндокринных заболеваний дополнены В. Н. Серовым (1978). На основании результатов изучения клинических проявлений и патогенеза автор выделяет следующие заболевания: 1) послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы (синдром Шихана); 2) послеродовой нейроэндокринно-обменный синдром, протекающий по типу болезни Иценко—Кушинга; 3) синдром послеродовой аменореи-галактореи.

1. Послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы возникает у женщин, перенесших массивные кровотечения во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде, сопровождавшиеся коллапсом или бактериальным шоком на фоне септической инфекции. Непосредственной причиной заболевания является некроз значительной части передней доли гипофиза вследствие длительного спазма или тромбоза верхней гипофизарной артерии. Признаки заболевания возникают вскоре после родов. При небольших очагах некроза симптомы появляются спустя более или менее длительное время после родов и нередко в связи со стрессовой ситуацией.

По данным литературы, недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы возникает у 15—40% женщин, перенесших во время родов кровопотерю около 1 л и более. Ранними признаками заболевания являются гипогалактия

или агалактия в послеродовом периоде, в дальнейшем — олигоменорея или аменорея. Потеря массы тела, общая слабость, сонливость, снижение памяти, гипотрофия половых органов, выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах. Послеродовой недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы сопутствуют снижение функций яичников, надпочечников, щитовидной железы.

2. Послеродовой нейроэндокринно-обменный синдром возникает после патологической беременности, чаще у женщин, перенесших тяжелую нефропатию, преэклампсию или эклампсию. Заболевание обычно протекает по типу болезни Иценко—Кушинга, его симптомами являются ожирение, головная боль, повышение артериального давления, изменение формы лица (лунообразное), полосы растяжения на коже бедер и живота; могут наблюдаться умеренный гирсутизм, нарушения менструальной функции (гипоменструальный синдром или дисфункциональные кровотечения). Этот синдром характеризуется умеренным возбуждением гипоталамических структур, повышением активности надпочечников и щитовидной железы; может отмечаться относительное повышение содержания эстрогенных гормонов.

3. Синдром послеродовой аменореи-галактореи (синдром Киари—Фроммеля) наблюдается реже других форм послеродовых нейроэндокринных заболеваний, его возникновение связано с угнетением функций гипоталамуса. Симптомы заболевания — аменорея, длительная галакторея, умеренное ожирение, гипотрофия матки и яичников. Этот синдром может иметь характер функционального нарушения (послеродовая форма, возникшая в связи со стрессом) или возникнуть в связи с аденомой гипофиза.

Изложенные краткие сведения указывают на необходимость детального обследования родильниц, подверженных риску возникновения послеродовых нейроэндокринных заболеваний, и диспансерного наблюдения за ними. Восстановительное лечение при послеродовой недостаточности гипоталамо-гипофизарной системы, нейроэндокринном синдроме, протекающим по типу болезни Иценко—Кушинга и послеродовой аменореи-галактореи осуществляют эндокринолог и акушер-гинеколог, предпочтительно в специализированном учреждении (Серов В. Н., 1980).

В заключение необходимо отметить необходимость тщательного наблюдения за детьми больных женщин, в связи с тем что у них нередко наблюдаются аномалии

развития, повышенная заболеваемость, нарушения процессов физического, умственного и полового развития. Кроме обычных сведений врач женской консультации сообщает педиатрам подробные сведения о заболеваниях матерей, наблюдавшихся до и во время беременности. Для оценки состояния ребенка имеют значение характер заболевания, тяжесть и продолжительность его течения; методы лечения и их эффективность. Это относится ко всем заболеваниям беременных, особенно токсикозам, сердечно-сосудистой патологии, заболеваниям желез внутренней секреции, нервной, выделительной (пиелонефрит), кроветворной и других систем. Особо тщательное наблюдение следует установить за детьми, родившимися у женщин, перенесших стимуляцию овуляции и резекцию яичников по поводу склерокистоза, а также у женщин, имевших ранее привычные выкидыши и признаки данной патологии при последней беременности, закончившейся родами.

Установлена повышенная чувствительность плода большой матери к механическим и другим воздействиям, которые отмечаются во время родов, особенно в периоде изгнания. Известно, что у новорожденных данной группы асфиксия и родовые травмы возникают чаще, чем в общей популяции. В связи с этим педиатр должен быть информирован о течении родов, осложнениях, акушерских операциях и пособиях.

Врач женской консультации сообщает педиатру также данные о течении послеродового периода, в частности о заболеваниях инфекционной этиологии (риск инфицирования новорожденного) и гипогалактии, наблюдавшейся во время пребывания в родильном доме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подготовка настоящей книги к изданию была сопряжена со сложностью определения объема диагностической и лечебной помощи в условиях женской консультации. Рекомендации по этому вопросу представлены в соответствии с существующими научно обоснованными и проверенными на практике установками. К числу основных рекомендаций относится госпитализация всех беременных при возникновении акушерской и экстрагенитальной патологии. Это является важнейшим принципом профилактики

тяжелых осложнений беременности и родов, а также перинатальной патологии. В книге подчеркивается важность профилактики и ранней диагностики акушерской патологии, влияющей на исход беременности, развитие плода и новорожденного.

В соответствии с этими задачами приведены сведения, относящиеся к конкретным вопросам гигиены беременных, а также современным методам обследования беременной и плода, использование которых поможет определить ранние проявления патологических процессов и даже степень риска их возникновения. Описаны как общедоступные методы исследования, так и выполнимые в условиях базовых консультаций, в том числе специализированных по определенным формам акушерской патологии. Перспективы развития женских консультаций предусматривают усовершенствование их структуры, дальнейшее оснащение медицинской техники инструментарием и оборудованием, что позволит использовать специальные методы диагностики в консультациях всех категорий.

Можно ожидать, что ранней диагностике акушерской и перинатальной патологии будут содействовать приведенные данные (в том числе таблицы) о показателях функций кроветворной (морфологическая картина крови, свертывающая система и др.) и сосудистой (динамика артериального давления и др.) систем, эндокринных органов, включая плаценту (экскреция гормонов и их метаболитов), почек, обмена веществ, включая динамику нарастания массы тела, характерных для нормальной беременности. Такое же значение имеют показатели развития плода, определяемые с помощью ультразвукового и других методов исследования.

Выявление факторов риска (угрозы) возникновения акушерской патологии и профилактика всех ее видов являются основополагающими принципами деятельности женских консультаций со времени организации этих учреждений. Эта важнейшая форма работы усовершенствовалась в соответствии с развитием здравоохранения и медицинской науки. В настоящей книге представлены факторы риска развития акушерской и перинатальной патологии с учетом данных анамнеза (включая сведения о ранних стадиях онтогенеза), возможного влияния повреждающих факторов (заболевания, алкоголь, курение и др.), клинического, лабораторного и инструментального обследования беременной и плода.

В главе, посвященной профилактике и лечению, внимание сосредоточено преимущественно на терапии нетяжелых форм осложнений беременности, проводимой в условиях консультации. В связи с основными задачами книги и из-за ограниченного объема, в ней не излагаются принципы лечения тяжелых видов акушерской и экстрагенитальной патологии, которое осуществляют, как правило, в условиях стационара. Учтено также детальное описание лечения тяжелых видов акушерской патологии в руководствах и монографиях, изданных в течение последних лет. Для врачей консультаций значительный интерес представляют современные научные данные о долечивании заболеваний беременных после выписки их из родильного дома. Попытка обобщить эти сведения сделана в последней главе книги.

Лечение женщин при заболеваниях и осложнениях беременности основано преимущественно на использовании медикаментозных средств, хотя в литературе последних лет приведено много данных о побочном и даже отрицательном действии многих лекарств. В книге приведены сведения об особенностях действия лекарств в период беременности, в частности о переходе их к плоду. В то же время подчеркнута нецелесообразность отказа от лекарств и необходимость применения оптимальных доз при наличии соответствующих показаний. Наряду с фармакотерапией обсуждаются вопросы лечебного питания, физиотерапии, психотерапии и иглорефлексотерапии в акушерской практике в соответствии с литературными данными последних лет.

Известно, что к важным задачам женских консультаций относится оказание лечебно-профилактической помощи родильницам. Основными компонентами профилактической работы в этой области являются гигиенический режим, рациональное питание, гигиеническая гимнастика, осуществляемая в соответствии с рекомендациями врача женской консультации и под его наблюдением. Эти вопросы изложены в сжатой форме потому, что они не новы для опытного врача, работающего в женской консультации.

В главе, посвященной послеродовому периоду, изложены также проблемы диспансеризации родильниц и восстановительного лечения женщин, перенесших осложнения беременности и родов, а также описаны послеродовые заболевания инфекционной этиологии и причинно связанные с другими патогенными факторами (кровотечения, акушерские травмы и др.).

В литературе последних лет недостаточно освещались вопросы физиологии и гигиены беременности, первичной профилактики осложнений беременности, восстановительного лечения женщин, перенесших осложнения беременности, родов и послеродового периода. Существующие немногочисленные данные по указанным вопросам использованы с учетом задач и объема настоящей книги. Не подлежит сомнению возможность более детального изложения научных данных по проблемам акушерской помощи в женских консультациях по мере развития акушерской науки и публикации результатов соответствующих исследований.

В заключительной части книги необходимо подчеркнуть важность профилактики, являющейся основой советского здравоохранения. Профилактическое направление здравоохранения и медицинской науки определено со времени образования советского государства. Это направление развивается в соответствии с прогрессом строительства социализма в нашей стране. В сложной системе профилактических мероприятий важное значение имеет санитарное просвещение, цель которого — довести до сведения населения достижения медицинской науки, способствующие оздоровлению условий труда и быта, предупреждению заболеваний и устранению повреждающих факторов внешней среды.

Здоровый образ жизни является залогом благополучия семьи, здоровья будущих поколений, основой прогрессивного развития социалистического государства. Женская консультация, представляющая собой первое и важнейшее звено системы акушерско-гинекологической помощи, выполняет основные задачи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике акушерской и перинатальной патологии, гинекологической заболеваемости.

Эта работа должна совершенствоваться в соответствии с перспективами развития здравоохранения и достижениями современной медицинской науки. Необходимо учитывать достижения в области акушерства и гинекологии, других клинических дисциплин, прогресс санитарно-гигиенических знаний, медицинской генетики, биологии и других разделов науки, имеющих отношение к охране здоровья женщин и детей.

Необходимо также дальнейшее улучшение содержания лекций и бесед, проводимых в женских консультациях и за их пределами (на промышленных предприятиях, сельско-

хозяйственных объектах, учебных заведениях и др.). При этом следует учитывать значительный рост культуры населения и связанное с этим повышение требований ко всем видам лечебно-профилактической работы, в том числе к научному уровню санитарного просвещения.

Отличительной особенностью санитарного просвещения в области охраны здоровья женщин и детей является большой диапазон тематики. Она охватывает широкий круг вопросов, относящихся к проблеме онтогенеза и физиологии репродуктивной системы, гигиене женщины в различные периоды жизни, гигиене беременности, физиологии и патологии плода, профилактике всех видов акушерской и перинатальной патологии и гинекологических заболеваний.

Ряд тем о здоровом образе жизни представляет значительный интерес для мужчин, ответственных за укрепление семьи и состояние здоровья потомства.

Для бесед и лекций могут быть рекомендованы следующие темы.

1. Наследственные и ненаследственные (средовые) факторы, влияющие на развитие плода.

2. Профилактика нарушений репродуктивной системы в период полового созревания (питание, режим, физкультура, физические, умственные, эмоциональные нагрузки).

3. Гигиена беременной женщины (физиологические изменения, общий режим, питание, гигиеническая гимнастика).

4. Психопрофилактическая подготовка к родам (научные основы, значение для профилактики осложнений).

5. Развитие плода (основные этапы, критические периоды, условия для нормального развития, профилактика антенатальной патологии).

6. Функции молочной железы (регуляция функций, правильное кормление ребенка, профилактика гипогалактии и заболеваний молочной железы).

7. Профилактика токсикозов, анемии и других осложнений беременности и родов.

8. Последствия искусственного аборта (эндокринные нарушения, воспалительные процессы, истмико-цервикальная недостаточность, бесплодие, невынашивание беременности).

9. Противозачаточные средства (гормональные, внутриматочная контрацепция, местные).

10. Самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды (причины возникновения, профилактика, реабилитация репродуктивной функции).

11. Влияние алкоголя на плод (действие на организм женщины, проникновение через плацентарный барьер, влияние на зачатки и незрелые органы плода, алкогольный синдром у потомства).

12. Вред курения во время беременности (влияние на организм беременной и маточно-плацентарное кровообращение, переход никотина и сопутствующих химических веществ к плоду, влияние на его развитие).

13. Влияние на потомство заболеваний (эндокринные нарушения, инфекционные процессы, алкоголизм и др.).

14. Влияние возраста родителей и частоты беременностей (частые роды, аборт) на потомство.

15. Риск самолечения в период беременности и кормления грудью (переход лекарств через плаценту и в молоко, особенности метаболизма лекарств в раннем онтогенезе, чувствительность плода и новорожденного к медикаментам).

16. Влияние гинекологических заболеваний на репродуктивную функцию (бесплодие, преждевременное прерывание беременности, аномалии родовых сил и др.).

17. Роль женской консультации в оздоровлении условий труда работников промышленных и сельскохозяйственных предприятий.

18. Законодательство по охране здоровья, прав и интересов матери и ребенка (совместно с сотрудниками социально-правовых кабинетов).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бартельс А. В.* Послеродовые инфекционные заболевания. — М.: Медицина, 1973.
- Бартельс А. В., Гранат Н. Е.* Вопросы диспансерного обслуживания беременных. — Акуш. и гин., 1978, № 2, с. 64—67.
- Беккер С. М.* Патология беременности. — Л.: Медицина, 1975.
- Бодяжина В. И., Василевская Л. Н., Побединский Н. М., Стругацкий В. М.* Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в женской консультации. — М.: Медицина, 1980.
- Буль П. И.* Основы психотерапии. — Л.: Медицина, 1974.
- Ванина Л. В.* Беременность и роды при пороках сердца. — М.: Медицина, 1971.
- Грищенко В. И.* Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. — М.: Медицина, 1977.
- Грищенко В. И., Шулепова А. Е.* Дородовые исправления неправильных положений и тазовых предлежаний плода. — Киев: Здоров'я, 1979.
- Гуртовой Б. Л., Серов В. Н., Макацария А. Д.* Гнойно-септические заболевания в акушерстве. — М.: Медицина, 1981.
- Давыдов С. Н.* Деонтология в акушерстве и гинекологии. — Л.: Медицина, 1979.
- Димитров Д. Я.* Анализ беременных. — София: Медицина и физкультура, 1980.
- Лебедев А. А.* Физкультура в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1962.
- Кирющенко А. П.* Влияние вредных факторов на плод. — М.: Медицина, 1978.
- Медико-генетические исследования в акушерстве и гинекологии:* Сб. науч. трудов/Под ред. Л. С. Персианинова и И. С. Розовского. — М., 1977.
- Пап А. Г., Самборская Е. П., Гутман А. Б.* Питание беременных женщин при экстрагенитальной патологии. — Акуш. и гин., 1978, № 5, с. 58—61.
- Пап А. Г., Самборская Е. П., Гутман Л. Б., Иванюта Л. И.* Рациональное питание беременных женщин, рожениц и родильниц. — Акуш. и гин., 1979, № 3, 51—55.
- Персианинов Л. С., Демидов В. Н.* Особенности функции системы кровообращения у беременных, рожениц и родильниц. — М.: Медицина, 1977.
- Серов В. Н.* Послеродовые нейроэндокринные заболевания. — М.: Медицина, 1978.
- Сольский Я. П., Степанковская Г. К.* Организация акушерско-гинекологической помощи. — Киев: Здоров'я, 1980.
- Стругацкий В. М.* Физические факторы в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1981.
- Шехтман М. М.* Заболевания почек и беременность. — М.: Медицина, 1980.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Исследование беременных	5
Глава 2. Исследование плода	28
Глава 3. Гигиена беременных	47
3.1. Режим и личная гигиена беременной	47
3.2. Питание в период беременности	52
3.3. Гигиеническая гимнастика в период беременности	54
3.4. Психопрофилактическая подготовка к родам	59
Глава 4. Факторы риска акушерской и перинатальной патологии	62
4.1. Прогноз потомства	81
Глава 5. Принципы лечебно-профилактической помощи беременным в условиях женской консультации	88
5.1. Общие сведения о профилактике акушерской патологии	88
5.2. Лечебно-профилактическая помощь при акушерской патологии	93
5.3. Лечебная помощь при экстрагенитальных заболеваниях беременных	124
Глава 6. Возможности медикаментозной и немедикаментозной терапии в период беременности	135
6.1. Вопросы фармакотерапии беременных	135
6.2. Физические методы лечения в период беременности	142
6.3. Лечебное питание при осложнениях беременности	145
6.4. Значение психотерапии в системе комплексного лечения некоторых осложнений беременности	151
6.5. Иглорефлексотерапия (акупунктура, иглоукальвание) в акушерской практике	154
Глава 7. Лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь родильницам	159
7.1. Гигиена и питание родильниц	159
7.2. Контрацепция после родов	162
7.3. Диспансеризация и реабилитация в послеродовом периоде	169
Заключение	185
Список литературы	191