

Документ № 3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И МАТЕРЯМ

ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

(Методические рекомендации для терапевтов)

Москва — 1980

Методические рекомендации составлены М. М. Шехтманом — доктором медицинских наук, старшим научным сотрудником Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии (директор — профессор Н. М. Побединокий) Министерства здравоохранения СССР и Главным управлением лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения СССР.

Министерствам здравоохранения союзных республик разрешается размножить Методические рекомендации в необходимом количестве.

«УТВЕРЖДАЮ»

Зам. начальника Главного
управления лечебно-
профилактической помощи
детям и матерям Министерства
здравоохранения СССР

В. В. КОЧЕМАСОВА

6 сентября 1979 г.

№ 11-6/19-17

**ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ**

Должности врачей-терапевтов устанавливаются в родильных домах (отделениях) и женских консультациях в соответствии с действующими штатными нормативами Министерства здравоохранения СССР.

Терапевтам, работающим в родовспомогательных учреждениях или поликлиниках и осуществляющим наблюдение и консультативную помощь беременным, необходимы систематическое повышение квалификации и целенаправленная специализация.

Работа терапевтов женской консультации (поликлиники) и стационара, в который госпитализируются беременные, заключается в следующем:

— обследование и оценка состояния всех беременных женщин;

— выявление заболеваний внутренних органов;

— решение совместно с акушером-гинекологом вопроса о возможности продолжения беременности при наличии определенной патологии;

— диспансерное обслуживание беременных с заболеваниями внутренних органов (обследование, лечение в амбулаторных условиях, направление при необходимости в стационар для уточнения диагноза или лечения, назначение оздоровительных мероприятий);

— систематическое наблюдение за больной беременной, находящейся в стационаре;

— оказание акушеру-гинекологу консультативной помощи в составлении плана ведения беременности, в определении срока и выборе способа родоразрешения;

— наблюдение в особых случаях за состоянием женщины во время родов;

— наблюдение и лечение больной роженицы в условиях акушерского стационара, а также после выписки из него вплоть до снятия с диспансерного учета в женской консуль-

тации; в необходимых случаях передача участковому терапевту для дальнейшего наблюдения.

Важнейшими в первом триместре беременности являются две задачи: выявление заболеваний внутренних органов и решение вопроса о ведении беременности, в частности, о возможности ее продолжения.

Каждая беременная женщина должна быть осмотрена терапевтом в ближайшие дни после первой явки к акушеру-гинекологу по получении результатов обязательных анализов (до 10 дня). Если у нее заболеваний внутренних органов не обнаружено, она будет осмотрена терапевтом второй раз в 30—32 недели беременности.

При выявлении (подозрении) экстрагенитального заболевания должно быть предпринято следующее:

1. Назначено обследование, необходимое для уточнения диагноза заболевания, и по выполнении его дан ответ на следующие вопросы:

- а) Каков диагноз заболевания?
- б) Имеется ли обострение патологического процесса?
- в) Каково функциональное состояние пораженного органа, системы (компенсация, декомпенсация)?
- г) Каково функциональное состояние других органов и систем?
- д) Имеются ли сопутствующие заболевания и патологические состояния?
- е) Можно ли при данном состоянии здоровья продолжать беременность?

2. Назначено соответствующее наблюдение и лечение.

Если на какой-либо из указанных вопросов терапевт ответить не может, больная должна быть госпитализирована, поскольку возможности обследования в стационаре более широкие. В первом триместре беременности женщину с заболеванием внутренних органов рекомендуется госпитализировать в терапевтическое отделение больницы (желательно многопрофильной) или в соответствующий специализированный родильный дом.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ТЕРАПЕВТОМ

При первом обращении беременной к терапевту (по направлению врача акушера-гинеколога) последний знакомится с записями акушера-гинеколога в «Индивидуальной карте беременной и родильницы» (учетная форма № 111) или в «Выписке из истории болезни амбулаторного больного» (учетная форма № 27) и дополнительно собирает анамнез,

включающий историю развития заболевания, наследственность, вредные привычки, предрасположение к аллергии и проч. После этого производит тщательный осмотр беременной. Такое обследование является обязательным при каждом последующем посещении терапевта.

К моменту первого осмотра терапевтом должны быть готовы клинический анализ мочи и клинический анализ крови.

Объем дальнейшего обследования определяется наличием заболевания и его особенностями или подозрением на заболевание. В зависимости от этого назначается срок повторного осмотра.

Ниже приводится перечень основных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, применяемых для диагностики наиболее часто встречающихся внутренних болезней (а также при подозрении на эти заболевания).

Перечень предусматривает исследования, проводимые в поликлинических условиях и дополнительно в стационаре в случае необходимости госпитализации беременной. При этом учитывается, что в стационаре могут быть использованы результаты исследований, произведенных в женской консультации (поликлинике).*

В перечень не включены клинические анализы крови и мочи, измерение артериального давления и другие обычные исследования, которые производятся у каждой беременной.

ПЕРЕЧЕНЬ ИССЛЕДОВАНИЙ

При ревматизме, миокардитах и приобретенных пороках сердца (в том числе оперированных).

Обследование в поликлинических условиях:

1. Термометрия, пирамидоновая проба.
2. Электрокардиография.
3. Рентгеноскопия или графия грудной клетки для уточнения характера порока сердца (после 10 недель беременности).
4. Анализы крови на С-реактивный белок, сиаловую пробу, дифениламинную пробу, высоту титров антистрептолизина-О и антигалактуронидазы, баночная проба, электрофорез белков крови.

* Часть анализов и исследований может быть выполнена в районной поликлинике, кардиоревматологическом и других диспансерах и т. п.

**Обследование в стационаре
(дополнительное):**

5. Измерение венозного давления.
6. Исследование скорости кровотока.
7. Измерение выпитой жидкости и диуреза.
8. Волдырная проба Мак Кьюра-Олдрича.
9. Фонокардиография.

10. Определение коагулограммы. Определение времени свертывания крови.

11. Исследование гемодинамики (сердечный выброс, периферическое сопротивление, работа левого желудочка, объем циркулирующей крови и др.)—в специализированном род. доме.

12. Инструментальное исследование сердца (поликардиография, баллистокардиография, векторкардиография и др.)—в специализированном род. доме.

При врожденных пороках сердца (в том числе оперированных).

Обследование в поликлинических условиях:

1. Электрокардиография.

2. Рентгеноскопия или графия грудной клетки для уточнения характера порока сердца (после 10 недель беременности)..

**Обследование в стационаре
(дополнительное):**

3. Измерение венозного давления.
4. Исследование скорости кровотока.
5. Измерение выпитой жидкости и диуреза.
6. Волдырная проба Мак Кьюра-Олдрича.
7. Фонокардиография.

8. Определение коагулограммы. Определение времени свертывания крови.

9. Оксигеомография.

10. Исследование гемодинамики (в специализированном род. доме).

11. Инструментальное исследование сердца (в специализированном род. доме).

При гипертонической болезни

Обследование в поликлинических условиях:

1. Электрокардиография.
2. Исследование глазного дна.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

3. Исследование мочи по Нечипоренко или Каковскому—Аддису.
4. Проба Зимницкого.
5. Определение остаточного азота или мочевины.
6. Определение клубочковой фильтрации почек.
7. Определение содержания электролитов калия и натрия в крови и в моче.
8. Определение коагулограммы.

При артериальной гипотонии.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Повторное измерение артериального давления.
2. Исследование глазного дна.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

3. Измерение височного артериального давления.
4. Реовазография (в специализированном род. доме).

При гломерулонефрите.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Анализ мочи по Нечипоренко или Каковскому-Аддису.
2. Проба Зимницкого.
3. Исследование глазного дна (при наличии артериальной гипертонии).

Обследование в стационаре
(дополнительное):

4. Измерение выпитой жидкости и диуреза.
5. Волдырная проба Мак К्लюра-Олдрича.
6. Определение остаточного азота или мочевины.
7. Определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.
8. Определение общего белка крови.
9. Определение содержания электролитов: калия и натрия в крови и в моче.
10. Определение коагулограммы.
11. Определение тигров антистрептолизина — О и антигиалуронидазы в крови (при подозрении на обострение гломерулонефрита).

При пиелонефрите, мочекаменной болезни, гидронефрозе.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Анализ мочи по Нечипоренко или Каковскому-Аддису.
2. Проба Зимницкого.
3. Исследование глазного дна (при наличии артериальной гипертонии).

Обследование в стационаре
(дополнительное):

4. Бактериологический анализ мочи.
5. Определение остаточного азота или мочевины.
6. Определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции.
7. Определение общего белка в крови.
8. Хромоцистоскопия (при подозрении на нарушение оттока мочи).

При анемии.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Клинический анализ крови — повторно.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

2. Анализ крови на ретикулоциты.
3. Анализ крови на гематокрит.
4. Исследование диаметра и объема эритроцитов (при гемолитической анемии).
5. Анализ крови на билирубин (при гемолитической анемии).
6. Анализ мочи на уробилин (при гемолитической анемии).
7. Анализ крови на сывороточное железо.
8. Стерильная пункция (для уточнения причины анемии).

При лейкозе, лимфогрануломатозе.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Клинический анализ крови — повторно.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

2. Стерильная пункция или пункция лимфоузла, селезенки.
3. Определение коагулограммы.

При язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Анализ кала на скрытую кровь.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

2. Исследование желудочного сока (фракционным методом).
3. Гастроскопия (для уточнения источника кровотечения).

При холецистите, гепатите, панкреатите.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Термометрия.
2. Анализ мочи на желчные пигменты и уробилин.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

3. Анализ крови на билирубин.
4. Анализ крови на холестерин.
5. Анализ крови на общий белок.
6. Анализ крови на сахар.
7. Анализ крови на амилазу.
8. Анализ крови на сулемовую, тимоловую пробы.
9. Анализ крови на трансаминазы.
10. Анализ крови на альдалазу.
11. Анализ мочи на диастазу.
12. Дуоденальное зондирование (при отсутствии угрозы прерывания беременности в любом сроке ее).
13. Анализ кала на стеркобилин (при желтухе).

При геморрагических диатезах (болезни Верльгофа, Шенлейн — Геноха, Виллибранда).

Обследование в поликлинических условиях:

1. Клинический анализ крови — повторно.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

2. Анализ крови на тромбоциты.
3. Определение времени кровотечения.
4. Определение коагулограммы.
5. Тромбоэластограмма.

При сахарном диабете.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Анализ крови на сахар.
2. Анализ суточной мочи на сахар и ацетон.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

3. Исследование сахарной кривой.
4. Исследование сахара крови каждые 3 часа в течение дня.
5. Измерение диуреза.
6. Офтальмоскопия (при ретинопатии).
7. Определение клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции (при подозрении на диабетический гломеруло-склероз).
8. Анализ крови на кетоновые тела (при ацидозе).
9. Определение кислотно-щелочного состояния (при ацидозе).

При тиреотоксикозе.

Обследование в поликлинических условиях:

1. Термометрия. Пирамидоновая проба.
2. Электрокардиография.

Обследование в стационаре
(дополнительное):

3. Исследование тиреоидных гормонов в крови.
4. Исследование белково-связанного иода.

Для диагностики заболеваний внутренних органов не следует пользоваться методами, которые могут причинить вред плоду, даже если эти методы очень информативны: радиоизотопные, рентгеновские (такие как рентгеноскопия желудка, томография легких, аортография, холецистография, пневмография). Рентгеноскопия грудной клетки (или рентгено-

графия в трех проекциях) может быть произведена позже 10 недель беременности. Ультразвуковое сканирование внутренних органов беременных — метод безопасный для плода. Во многих случаях он может заменить рентгеновский метод.

Для уточнения диагноза заболевания может возникнуть необходимость консультировать больных с врачами других специальностей (окулист, невропатолог, уролог, инфекционист и т. д.).

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ПРИ КОТОРЫХ ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ В ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

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.
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 легочной 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 II, III стадий, злокачественная гипертония.

15. Гипертоническая болезнь IIА стадии с частыми кризами или частыми приступами стенокардии.

16. Реноваскулярная гипертония.

17. Заболевания легких, сопровождающиеся легочно-сердечной недостаточностью, кровохарканием, 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 двухсторонний; гидронефроз единственной почки.

23. Пионефроз.

24. Единственная почка при наличии азотемии, пиелонефрита гидронефроза, гипертонии, снижении функции единственной почки.

25. Гипопластическая и апластическая анемии.

26. Острый и хронический лейкозы.

27. Лимфогрануломатоз.

28. Болезнь Верльгофа, тяжело протекающая или с частыми обострениями.

29. Болезнь Шенлейн-Геноха, тяжело протекающая 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).

25. Хронический гепатит в активной фазе.

36. Хронический калькулезный холецистит с частыми приступами, холангит с желтухой и лихорадкой.

37. Заболевания печени с выраженным нарушением ее функций.

38. Цирроз печени.

39. Острый панкреатит.

40. Тяжело текущий сахарный диабет (часто сопровождающийся состоянием ацидоза, поражением почек или ретинопатией).

41. Сахарный диабет у обоих супругов (высокий риск для потомства).

42. Внепанкреатический сахарный диабет (т. к. он является инсулинорезистентным и сопровождается исключительно высокой смертворождаемостью).

43. Тиреотоксикоз тяжелый и средней тяжести при отказе от тиреоидэктомии.

44. Феохромоцитома.

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 если она повторяется; отек легких у больных митральным стенозом при отказе от комиссуротомии.

3. Коарктация аорты, осложненная аневризматическими изменениями ее.

4. Гипертоническая болезнь III ст., 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. Лимфогрануломатоз.
13. Острый панкреатит.
14. Тиреотоксикоз тяжелый или средней степени тяжести при отказе от тиреостатиков в I триместре беременности.
15. Феохромоцитома.
16. Хроническая недостаточность надпочечников, некупируемая кортикостероидами.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Большинство беременных, больных экстрагенитальными заболеваниями, должны находиться на особом учете у терапевта, для чего может быть использована учетная форма № 30 («Контрольная карта»).

К этим больным, главным образом, относятся женщины, страдающие следующими заболеваниями:

1. Ревматические пороки сердца.
2. Врожденные пороки сердца.
3. Гипертоническая болезнь.
4. Артериальная гипотония.
5. Гломерулонефрит.
6. Пиелонефрит.
7. Геморрагические диатезы.
8. Хронические заболевания печени.
9. Сахарный диабет.
10. Тиреотоксикоз.
11. Хроническая недостаточность функции надпочечников.
12. Хроническая пневмония.
13. Бронхиальная астма.
14. Коллагенозы.

Особого внимания при диспансерном наблюдении требуют больные, которым было рекомендовано прерывание беременности и которые в силу различных причин от прерывания отказались. Диспансеризации подлежат также больные

редко встречающимися заболеваниями. неблагоприятно влияющими на течение беременности или прогрессирующими под влиянием беременности.

Больным, взятым под диспансерное наблюдение, сообщается, как часто они должны посещать в дальнейшем терапевта (обычно не реже 2 раз в месяц), какие исследования должны быть сделаны к следующей явке к врачу, в какие сроки беременности они будут профилактически госпитализированы.

При некоторых заболеваниях (холецистит, язвенная болезнь желудка и др.) нередко можно ограничиться такой же частотой наблюдения терапевтом, как и здоровых беременных женщин (2—3 раза в течение беременности).

Для каждой больной устанавливаются соответствующий режим, диета и лечение.

При необходимости врач-терапевт консультирует больных с врачами других специальностей (окулист, уролог, невропатолог и др.).

В тех случаях, когда подозревается или устанавливается туберкулез внутренних органов, женщина подлежит направлению в противотуберкулезный диспансер для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности.

При обнаружении (подозрении) опухоли внутренних органов больная направляется в онкологический диспансер.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

При лечении беременных женщин применяются в основном те же средства, что и вне беременности. Особенностью лечения больных женщин в первые месяцы беременности является необходимость учитывать влияние лечебных средств на плод. Как раз на первые месяцы беременности приходятся критические периоды, когда эмбрион и плод наиболее чувствительны к повреждающим факторам. Это — период органогенеза и плацентации (3—6 недели беременности). При поражении зародыша в период закладки у него важнейших органов и систем (органогенез) происходит развитие уродств (тератогенный эффект), реже — гибель всего зародыша (эмбриотоксическое действие).

Почти все лекарственные препараты в той или иной степени проходят через плаценту. Неблагоприятное влияние фармакологических средств на плод зависит от скорости и степени перехода их через плаценту, от дозы препарата, длительности его применения и методов введения. Поэтому пер-

ый принцип лечения заключается в использовании лекарств, которые в меньшей степени проходят через плаценту, в назначении малых и средних доз на ограниченное время. Многие препараты не рекомендуется применять, особенно в первые месяцы беременности. Это создает значительные трудности при выборе медикаментозных средств.

Другой принцип лечения женщин в первые месяцы беременности заключается в стремлении изъять или ограничить употребление средств, способных нарушить нормальное течение беременности (например, вызывающих сокращение миометрия).

Реакция организма беременной женщины на лекарства не всегда такая же, как небеременной. Поэтому важным принципом лечения является необходимость учитывать изменившуюся во время беременности реактивность и сопротивляемость организма.

Таким образом, во избежание вредного побочного влияния лекарственных веществ на организм беременной женщины и плод нужно ограничить фармакотерапию, осторожно подходить к выбору препаратов, избегать полипрагмазии. Не следует назначать более 2—3 лекарств одновременно. Если же больная уже в начале беременности нуждается в интенсивном лечении препаратами, оказывающими вредное воздействие на эмбрион и плод, следует рекомендовать ей прервать беременность. Поскольку существуют ограничения для медикаментозного лечения, беременным следует шире назначать обоснованную диету и физиотерапию.

При назначении лечения необходимо учитывать следующие замечания и рекомендации.

При обострении ревматизма принято пользоваться салициллатами и стероидными гормонами надпочечника. В эксперименте показана их терапевтическая активность. Влияние аспирина и преднизолона на плод у женщин, больных ревматизмом, мало выражено, однако большие дозы и длительное их применение (что нередко требуется для лечения ревматизма) могут вызвать аномалии развития. Поэтому при обострении ревматизма в первом триместре оправдана рекомендация прервать беременность.

При сердечной недостаточности основным кардиотоническим средством является наперстянка. Однако выносливость к ней плода в раннем оттогенезе невелика, токсический эффект наступает от менее значительных доз, чем у взрослых. Влияние коргликона и изоланида на плод не изучено.

При сосудистой недостаточности, артериальной гипотонии вазоконстрикторы могут вызвать асфиксию плода. Эти пре-

параты должны применяться с большой осторожностью. Кроме того, адреналин гидрохлорид способен привести к парадоксальной сосудистой реакции у беременной женщины — резко понизить артериальное давление (наряду с тахикардией, аритмией). Исключением является кофеин, который не оказывает неблагоприятного влияния на организм женщины и плода и может применяться в ранние сроки беременности.

При коронарной недостаточности наиболее эффективны нитриты и нитраты (нитроглицерин, нитранол, эринит). Однако они вызывают у плода появление метгемоглобинемии. Поэтому лучше начинать лечение с методов физического воздействия: горчичники, смазывание кожи йодом, пиявки. Затем уже назначать валидол, 3% раствор ментола, папаверина гидрохлорид (в достаточно большой дозе — до 0,05—0,1 г, иначе коронарорасширяющего эффекта не будет). Капли Э. Ленина и Вогчала нежелательны, т. к. первые содержат белладонну, а вторые — нитроглицерин.

При гипертонической болезни и симптоматических гипертониях можно назначать не все гипотензивные препараты. Бета-адреноблокаторы (пропранолол, обзидан и др.) следует применять с осторожностью, т. к. они могут вызвать сокращение миомерия и привести к аборту и блокаде сердца у плода. Ганглиоблокаторы (гексоний, пентамин и др.) могут вызвать кишечную непроходимость или атонию мочевого пузыря у плода и гибель его. Внутриутробная гибель плода нередко наблюдается и при лечении беременных женщины ап-рессинном.

В ранние сроки беременности с гипотензивной целью можно пользоваться спазмолитиками (папаверина гидрохлорид, но-шпа, дибазол), гемитоном (катапресаном, клофеллином), октадином (исмелином, изобарином), препаратами раувольфии (резерпин, серпазил и др.), альдометом (допегитом). Препараты раувольфии представляют некоторую опасность при назначении их в конце беременности: у новорожденных могут появиться ринит, конъюнктивит, брадикардия, угнетение сосательного рефлекса, сонливость.

С осторожностью следует применять седативные средства и транквилизаторы. Противопоказан в первые 3 месяца беременности элениум. Следует остерегаться различных комбинаций транквилизаторов с седативными препаратами, особенно барбитуратами и анальгетиками, т. к. при таких комбинациях их воздействие на плод увеличивается в 3—5 раз.

Из седативных препаратов рекомендуется ограничиться валерианой в виде настоя или настойки и настоем пустырника.

В качестве спазмолитических средств могут использоваться димедрол или пипольфен. Барбитуровые производные (барбитал, люминал) неблагоприятно влияют на центральную нервную систему плода.

При «простудных» заболеваниях: катарре верхних дыхательных путей, остром респираторном заболевании, аденовирусной инфекции, гриппе не следует назначать антибиотики или сульфаниламидные препараты. Достаточно рекомендовать обильное питье, горячий чай с медом, липовый чай. Эти средства будут действовать как отхаркивающие. Если эффект окажется недостаточным, можно добавить микстуру из теропсиса. Более эффективная микстура из корня ипекакуаны обладает раздражающим действием на слизистую оболочку желудка и вызывает тошноту, что нежелательно при наличии раннего токсикоза в первые месяцы беременности. Для подавления мучительного кашля при ларингите рекомендуется слизистый отвар алтейного корня. Для лечения ринита можно ограничиться 3% раствором эфедрина гидрохлорида в каплях.

При ангине, бронхите, пневмонии лечение в первом триместре беременности лучше производить бензилпенициллином или полусинтетическими препаратами пенициллина: ампициллином, метициллином, оксациллином. Другие антибиотики в этот период беременности нежелательны, их применяют со второго триместра, а стрептомицин, левомецетин (хлорамфеникол) и антибиотики тетрациклинового ряда противопоказаны на всем протяжении беременности (стрептомицин нарушает функцию вестибулярного и кохлеарного аппарата плода, левомецетин угнетает кровотоки плода, а тетрациклины обладают тератогенным действием и ведут к гипоплазии молочных зубов). Могут использоваться сульфаниламидные препараты, но не пролонгированного действия (сульфадиметоксин и др.), поскольку последние вызывают в ряде случаев ядерную желтуху у плода. Горчичники и банки беременным женщинам не противопоказаны.

При бронхиальной астме в первом триместре беременности применение бронхолитических средств ограничено. Меньше всего противопоказаний имеет эуфиллин. Можно применять эфедрина гидрохлорид. При безуспешной терапии допустимо назначение малых доз (5—10 мг) преднизолона. Противопоказаны адреналина гидрохлорид и атропина сульфат. Последний способствует раскрытию шейки матки и преждевременному выкидышу. Интал может применяться со второго триместра беременности. Папаверина гидрохлорид при бронхиальной астме неэффективен. Если астматическое со-

стояние не удается купировать рекомендуемыми средствами, показано прерывание беременности.

При гипохромной и пернициозной анемии во время беременности применяются те же пероральные и парентеральные препараты железа и витаминов, что и вне беременности. При гемолитической анемии вне обострения лечение не требуется, а при обострении необходимо переливание индивидуально подобранной эритроцитной массы. При аутоиммунной форме гемолитической анемии вне обострения нет необходимости в лечении, а при обострении лечение производится большими дозами преднизолона (1 мг/кг), что несовместимо с продолжением беременности. Гипопластическая и апластическая анемии, требующие назначения высоких доз глюкокортикоидов, являются показанием для прерывания беременности.

При лейкозах, лимфограуломатозе применяются цитостатические средства (милейран, 6-меркаптопурин и др.), нарушающие синтез нуклеиновых кислот в эмбриональных клетках, и большие дозы стероидных гормонов надпочечника. Все эти препараты во время беременности противопоказаны. Беременность при указанных заболеваниях рекомендуется прервать.

При остром пиелонефрите и обострении хронического в первые месяцы беременности должна применяться антибактериальная терапия бензилпенициллином и полусинтетическими препаратами пенициллина (см. лечение ангины). Другие антибиотики, препараты налидиксовой кислоты (неграм, невиграмон), нитрофураны (фурагин, фурадонин и проч), 5-НОК и т. д. следует использовать, начиная со второго триместра беременности. С целью дезинтоксикации производят вливания неокомпенсана (гемодеза).

При гломерулонефрите активная патогенетическая терапия невозможна во время беременности, т. к. применяемые для этой цели большие дозы кортикостероидов (60—80 мг преднизолона в сутки, цитостатические средства и иммунодепрессанты (имуран, азотиоприн, далагил, резохин) противопоказаны из-за эмбриотоксического действия этих веществ. Лечение гломерулонефрита у беременных симптоматическое. Помимо диеты, соответствующей форме хронического гломерулонефрита, назначаются при повышенном артериальном давлении гипотензивные средства (такие же, как беременным с гипертонической болезнью), при отеках — мочегонные препараты (любые, кроме ртутных), при гипопротейнемии — вливания плазмы, альбумина, крови.

При мочекаменной болезни приступы почечной колики купируются инъекциями баралгина, папаверина гидрохлорида, но-шпы, анальгина. Атропин сульфат противопоказан (см. выше). Если эффекта от этих средств нет, нужно катетеризировать мочеточник после предварительной хромоцистоскопии. При частых приступах почечной колики в качестве средств, предотвращающих приступы, назначают цистенал или ависан.

Заболевания желудочно-кишечного тракта редко обостряются во время беременности и для их лечения требуются не столько лекарственные средства, сколько диетические мероприятия.

При гипоацидном гастрите назначают пепсин, желудочный сок, панкреатин, мексазу (возможны аллергические реакции). При гиперацидном гастрите и язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки назначают альмагель, фосфагель, натрия гидрокарбонат, папаверина гидрохлорид, новокаин. Противопоказаны холинолитические (атропина сульфат, белладонна и др.) и ганглиоблокирующие вещества (см. выше), а также анаболические вещества (нерабол, ретаболл), обладающие вирулизирующим действием.

Холецистит, дискинезию желчных путей лечат различными желчегонными средствами (кроме берберина), папаверином гидрохлоридом, но-шпой, карловарской солью, мексазой, магния сульфатом (перорально). Промедол противопоказан в первом триместре беременности, т. к. он вызывает сокращение миометрия. Если возникают показания для антибактериальной терапии, назначают бензилпенициллин или полусинтетические препараты пенициллина. Со второго триместра беременности антибиотики применяются более широко.

При панкреатите назначают папаверин гидрохлорид, но-шпу, анальгин, панкреатин. Могут использоваться трасилол, пантрипин (последние два препарата применяют с осторожностью при склонности женщины к аллергическим реакциям). Беременным холинолитические средства, промедол, антибиотики (кроме бензилпенициллина и полусинтетических препаратов пенициллина) в первом триместре противопоказаны, а без них купировать приступ острого панкреатита обычно не удается. Поэтому при остром панкреатите в этот период беременности следует рекомендовать ее прерывание.

При тиреотоксикозе лечение производится диодтирозином. В первом триместре беременности до формирования щитовидной железы плода допустимо также лечение мерказолилом. Метилтиоурацил беременным противопоказан. Кроме того назначаются седативные средства (см. лечение гипертонической болезни).

При микседеме применяются тиреоидин и триодтиронин.

Сахарный диабет во время беременности лечат простым инсулином, а также препаратами инсулина пролонгированного действия. Гипогликемические сульфаниламиды (бутамид, хлорпропамид и др.), примененные в первом триместре беременности, способствуют развитию аномалий глаз и мозга, неправильному формированию костей лица у плода и поэтому противопоказаны.

При несхарном диабете назначают адиурекрин.

Для профилактики тромбозов и тромбоэмболий у беременных лучше использовать антикоагулянты прямого действия (гепарин), поскольку антикоагулянты непрямого действия (дикумарин, пелентан и др.) могут вызвать гипотромбинемия у плода, кровоизлияние в мозг. Но и гепарин нежелательно применять до 13 недель, т. к. он способен нарушить нормальные условия nidации плодного яйца и формирование плаценты. Кроме того, лечение гепарином требует тщательного лабораторного контроля, что возможно практически только в условиях стационара. Поэтому, когда требуется длительное назначение антикоагулянтов (как, например, после протезирования клапанов сердца), беременность противопоказана.