

к профилактике железодефицитной анемии у беременных и детей, в результате которого частота анемии у детей первого года жизни уменьшилась в 3 раза.

## ВЫВОДЫ

1. Создание и функционирование акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов является наиболее рациональным подходом в осуществлении мер по охране здоровья женщины и новорожденного.

2. Расширение деятельности АТП-комплексов повышает роль женской консультации в организации непрерывного профилактического наблюдения за здоровьем женщин и детей на всех этапах их обслуживания и отвечает задаче диспансеризации населения.

Поступила 20 декабря 1983 г.

УДК 618.3:061.66

## РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

*Н. Л. Капелюшник, Ф. Н. Сабиров, Р. А. Осипов, Т. И. Тимофеева,  
Л. И. Мальцева, А. А. Хасанов, Л. М. Кутышева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского  
института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В решениях XXV и XXVI съездов КПСС, в постановлении партии и правительства «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения» отмечена необходимость повышения качества лечебно-профилактической помощи поликлинического звена. В связи с этим акушерам-гинекологам женских консультаций еще большее внимание следует уделять первичной и вторичной профилактике осложненной беременности, родов и перинатальной патологии. При этом ведущее значение имеют раннее выявление и рациональное лечение экстрагенитальных заболеваний, среди которых первое место по числу больных (0,5 — 7%) и как причина материнской смертности занимают сердечно-сосудистые поражения. Из них приобретенные пороки сердца составляют 90% и врожденные — 10%.

Задачами женской консультации являются точная диагностика болезней сердца и оценка функционального состояния миокарда, а при ревматических поражениях — определение степени активности процесса.

При компенсированных заболеваниях сердца беременность не представляет значительного риска, однако присоединение акушерской патологии (нефропатия, анемия беременных и др.) может привести к декомпенсации кровообращения. Поэтому даже при отсутствии признаков декомпенсации женщин необходимо госпитализировать на протяжении беременности 3 раза: на сроке 8 — 10 нед (лучше в кардиологическое отделение) для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности, в 28 — 32 нед для поддержания сердечно-сосудистой системы в период максимальной физиологической нагрузки и в 37 — 38 нед для подготовки сердечно-сосудистой системы к родам.

При признаках недостаточности кровообращения госпитализация показана в любые сроки. В стационаре у беременных выявляют сопутствующие заболевания и назначают лечение с проведением санации очагов инфекции. Женщинам с заболеваниями сердца для предупреждения беременности следует рекомендовать контрацептивы.

При заболеваниях почек вопрос о возможности сохранения беременности решается совместно с терапевтом на основании результатов комплексного исследования функции почек больной.

Течение беременности нередко осложняется заболеваниями желез внутренней секреции. При сахарном диабете со II триместра беременности, как правило, ухудшается течение заболевания. У 40 — 50% женщин беременность осложняется поздним токсикозом, нередко многоводием, угрозой самопроизвольного прерывания, пиелонефритом, которые трудно поддаются лечению. При родах наблюдаются несвоевременные отхождения вод, слабость родовых сил, асфиксия плода; клиника узкого таза из-за макросомии плода; характерна склонность к гипогалактии и развитию инфекционных послеродовых заболеваний; у плодов и новорожденных регистрируется высокая перинатальная смертность.

В женской консультации должны быть выявлены беременные с предиабетом и с латентно протекающим диабетом. При обнаружении в моче сахара определяются его уровень в крови и толерантность к глюкозе. Беременные с нарушениями толерантности к глюкозе подлежат учету, обследованию и лечению у специалиста-эндокринолога. На протяжении беременности их следует госпитализировать не менее 3 раз: на сроках 8—10 и 20 нед — в эндокринологическое отделение, при 32-недельной беременности — в палату патологии роддома, так как в III триместре нередко наблюдаются плацентарная недостаточность и функциональная незрелость плода. Кафедра эндокринологии ЦОЛИУВа рекомендует родоразрешение на сроке 37—38 нед. При неосложненной беременности и нормальном функциональном состоянии плода можно разрешить доносить беременность до 40 нед, на родоразрешение желательно направлять в специализированный родильный дом.

Нарушение функции щитовидной железы может стать причиной преждевременного прерывания беременности, повышения мертворождаемости и рождения детей с различными аномалиями развития. Диагностику нарушений щитовидной железы и их коррекцию следует начинать как можно раньше. Беременной необходимы правильный режим работы и отдыха, а также диета, богатая витаминами. Ей следует избегать психических травм, для нормализации состояния можно рекомендовать седативные средства. Вопрос о показаниях к прерыванию беременности должен решаться совместно с эндокринологом, который назначает и контролирует медикаментозное лечение.

Одним из грозных осложнений беременности остается поздний токсикоз, его частота составляет от 2,4 до 10% [3]. В группу повышенного риска по развитию позднего токсикоза входят женщины с хроническими заболеваниями почек и печени, гипертонической болезнью, анемией, иммунологической несовместимостью по резус-фактору и системе АВО, с многоплодием, пороками сердца и поражением миокарда, с заболеваниями желез внутренней секреции, ожирением, диэнцефальным синдромом, перенесшие множество инфекционных заболеваний в детстве и во время данной беременности, с неблагоприятным эмоциональным фоном, наличием профессиональных вредностей.

Одной из основных задач женской консультации является выявление позднего токсикоза на стадии претоксикоза, поскольку при патогенетической терапии возможно обратное развитие заболевания. Для этого необходима ранняя диагностика гипертонзивного синдрома, скрытых отеков, изменений в моче и крови, со стороны глазного дна. Ранее обнаружение гипертонзивного синдрома основано на определении брахиального, добавочного, медиального давлений. Поздний токсикоз может развиваться при увеличении височно-плечевого индекса (АД на височной и брахиальной артериях), при повышении систолического давления на 15%, а диастолического на 10% в I половине беременности, при повышении АД до 17,3/9,6 кПа при исходной гипотонии и на 2,7 кПа и выше после физической нагрузки. Для определения скрытых отеков больную следует взвешивать и наблюдать за динамикой нарастания массы тела. Для нормостеников прибавка в массе тела должна составлять за всю беременность 15—17% исходной массы (в среднем  $9,7 \pm 1,0$  кг), для женщин гипостенического телосложения — 22—23% ( $10,6 \pm 1,0$  кг), гипертенического — 12—13% ( $8,8 \pm 0,9$  кг).

Увеличение массы тела в III триместре беременности не должно превышать 22 г на 10 см роста или 55 г на каждые 10 кг массы тела. О наличии скрытых отеков можно судить также по симптому кольца, носимого на пальце, изменению окружности голеностопного сустава, пробе Мак-Клюра — Олдрича.

Выявление даже следов белка в моче беременной свидетельствует о патологии. Во избежание ошибок женщина перед мочеиспусканием должна тщательно подмыться и ввести во влагалище вагный тампон. Катетеризация мочевого пузыря допустима только по строгим показаниям. Для ранней диагностики позднего токсикоза следует использовать также биомикроскопию капилляров сетчатки. При наличии признаков претоксикоза женщину лучше направить в стационар на обследование и лечение. При I степени отеков за беременной можно наблюдать в женской консультации при условии посещения врача 2 раза в неделю, а после исчезновения водянки — 1 раз в неделю [2]. В качестве объективного контроля за состоянием беременной можно использовать шкалу Виттингера, Иванова, Ващилко, Слепых, Репиной и др.

Женщинам с претоксикозом следует назначать особо щадящий режим труда и отдыха, дневной сон, прогулки на свежем воздухе, воздушные ванны, ежедневный душ. Эффективны электросон и электроанальгезия. При неуравновешенной нервной системе показаны седативные средства — настойка пустырника, боярышника, валерьяны.

Рацион должен содержать не менее 90 г белка в день, из них 50% животного

происхождения — свежее отварное мясо и рыба, яичный белок, творог, кефир и др. При протеинурии необходим дополнительный прием белка. Некоторые авторы рекомендуют разгрузочные дни один раз в 7 — 10 дней или полуразгрузочные с исключением из рациона первых блюд. Соль в пищу можно добавлять по вкусу, поскольку при претоксикозе почки еще регулируют солевое равновесие. Количество жидкости следует ограничить до 600 — 800 мл в сутки. Из препаратов, улучшающих микроциркуляцию, целесообразно назначение эуфиллина, дибазола, папаверина (но-шпа), сульфата магния, пипольфена.

Диуретические средства, особенно салуретики, нужно использовать с осторожностью: удаляя жидкость из кровеносного русла, они еще больше снижают объем циркулирующей крови, замедляют кровоток, увеличивают потерю калия и способствуют задержке натрия в организме. Лучше пить настой почек или листьев березы, полевого хвоща, медвежьих ушек, земляники лесной (листья, плоды) и сложные сборы из этих трав, яблочный сок с медом.

Из физиотерапевтических методов лечения рекомендуются диатермия и УФ-облучение околопочечной области. Если отеки не исчезают в течение 1—2 нед, то беременную необходимо направить в стационар.

Разрыв матки является тяжелейшим осложнением беременности и родов и встречается в 0,1 — 0,05% случаев. Профилактика разрывов матки начинается в женской консультации с выявления группы риска. В нее входят беременные с узким тазом (наружная конъюгата — 18 см и ниже, истинная — 8,5 см и менее), с неправильным положением и тазовым предлежанием плода; первобеременные старше 30 — 35 лет; женщины с неполноценной маткой в результате тяжелых воспалительных процессов, перенесшие ранее кесарево сечение, энуклеацию фиброматозных узлов, зашивавшие разрывы матки и перфорационного отверстия; многожавшие, особенно с дряблой брюшной стенкой; женщины с отягощенным акушерским анамнезом (трудные, длительные роды, мертворождения, плодоразрушающие операции); с перенесенной беременностью. В консультации особенно необходимо обращать внимание на беременных, перенесших кесарево сечение или миомэктомию. После операций беременность допустима только через год, при наступлении ее раньше вопрос о продолжении решается индивидуально.

При неполноценном рубце разрыв матки может наступить во время беременности, поэтому очень важно определить его полноценность. Для этого нужно уточнить, как протекал послеоперационный период, вид разреза матки. При отсутствии беременности рекомендуется гистеросальпингография, которая проводится не ранее 6 мес после операции. Основными рентгенологическими признаками неполноценности рубца являются зазубренность контуров матки, нишеподобные углубления, дефекты наполнения и их сочетание. За беременными, перенесшими кесарево сечение или миомэктомию, особенно со вскрытием полости матки, следует строго наблюдать и за 2 — 3 нед до родов, а при неполноценном рубце — за 4 — 5 нед и раньше госпитализировать в стационар.

Этиологические факторы невынашивания беременности сложны и многообразны, что определяет значительные трудности профилактики. Наиболее целесообразна диагностика причин невынашивания до наступления беременности. В группу риска по невынашиванию следует включать женщин, у которых в анамнезе отмечены прерывания беременности и наблюдаются недоразвитие и аномалии развития половых органов; миома и эндометриоз матки; истмико-цервикальная недостаточность; эндокринные нарушения; воспалительные процессы гениталий и экстрагенитальные заболевания; токсикозы беременных, пиелонефрит, токсоплазмоз, бруцеллез и другие инфекционные заболевания; многоводие и многоплодие; иммуноконфликтная беременность и патология прикрепления плаценты; выраженная анемия, а также женщин, злоупотребляющих курением и алкоголем.

Беременные группы риска нуждаются в профилактической и лечебной помощи до появления угрозы или начала прерывания беременности. При привычном прерывании в ранние сроки женщина должна быть госпитализирована сразу после диагностирования беременности или даже при появлении предположительных ее признаков. Госпитализация показана всем женщинам с невынашиванием в критические сроки, то есть в сроки прерывания предшествующих беременностей и в 25 — 28 нед, при хирургическом лечении истмико-цервикальной недостаточности — за 2 — 3 нед до родов. Врачи женской консультации должны тщательно наблюдать за беременными группы риска, назначать им рациональное питание, психотерапию, выдавать больничный лист по показаниям. Им необходим физический, психический и половой покой. При появлении симптомов угрозы прерывания беременности показана срочная госпитализация

ция. После выписки из стационара в женской консультации при необходимости проводится медикаментозная и гормональная терапия.

Основой профилактики акушерских кровотечений являются правильное развитие девочек, нормальное формирование внутренних половых органов, становление и осуществление менструальной функции. В связи с этим большая роль принадлежит кабинетам гинекологии детского возраста.

В группу риска по кровотечению следует выделить беременных, у которых наблюдаются нарушения овариально-менструального цикла, длительное первичное бесплодие и самопроизвольные аборты, первичная слабость родовой деятельности, гипотонические маточные кровотечения при предшествующих родах, токсикоз второй половины беременности, перерастяжение стенок матки (многоводие, многоплодие, крупный плод). Они нуждаются в проведении профилактических мероприятий, направленных на повышение физической тренированности, воспитание нервно-психической устойчивости и сознательного отношения к процессам, связанным с беременностью и родами, в тщательном выявлении изменений функций внутренних органов и их восстановлении, в ранней диагностике и лечении токсикозов беременных. Для проведения комплексной гормональной и медикаментозной терапии с целью профилактики кровотечений беременные этой группы риска должны быть заблаговременно госпитализированы в родильный дом.

Профилактика иммунологической несовместимости по резус-фактору и системе ABO в условиях женской консультации должна начинаться с обязательного определения резус-принадлежности и групповых антигенов крови у каждой беременной. У женщин с отрицательной реакцией на резус-фактор исследование крови для выявления резус-антител и степени сенсибилизации производится не реже 1 раза в месяц в первой половине беременности и не реже 2 раз в месяц — во второй. В такой же последовательности выявляется сенсибилизация к групповым антигенам крови. При наличии признаков сенсибилизации десенсибилизирующая терапия должна проводиться на сроках 8, 16, 24, 28, 34 нед беременности и желательно в стационаре. Обязательна дородовая госпитализация на сроке 34 нед. Женщинам с резус-отрицательной кровью после абортов и родов необходима профилактика резус-конфликта назначением анти-D-гамма-глобулина.

По мнению А. Д. Исаевой (1967), любая патология, осложнившая течение беременности, может привести к тромбоэмболическим осложнениям. При этом наиболее опасными факторами риска являются варикозное расширение вен, ожирение, органические заболевания сердца, токсикозы беременных, инфекционные и аллергические заболевания, тромбофилия. В особую группу выделяются беременные, которым предстоит оперативное родоразрешение. Женщины с факторами риска должны состоять на учете в женской консультации как тромбоопасные. При варикозном расширении вен наблюдение должно проводиться совместно с хирургами. Профилактические мероприятия заключаются в нормализации сна, снижении чувства страха перед родами, стабилизации гемодинамики и коррекции водно-солевого обмена. Улучшение венозного кровообращения достигается ношением эластических чулок или бинтованием ног эластическим бинтом, выполнением комплекса упражнений лечебной физкультуры, прогулками перед сном. Необходимо беречь ноги от повреждений варикозных узлов, царапин, расчесов, избегать длительного ношения резиновой обуви, резкой смены тепла и холода, продолжительного нахождения ног во влажной среде. Большое значение имеют своевременное выявление и лечение анемии, коррекция питания с ограничением жирной пищи, санация очагов хронической инфекции. Следует избегать длительных внутривенных введений лекарственных веществ, особенно концентрированных растворов, травмирующих сосудистую стенку. Выявление патологии беременных, заблаговременная госпитализация их в родильный дом для проведения специфической профилактики способствуют предотвращению такого грозного осложнения, как тромбоэмболия.

Среди лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение перинатальной смертности, большое значение имеет выделение групп беременных с повышенным риском для плода. Беременных этой группы нужно госпитализировать для обследования и разработки плана ведения беременности и родов. Профилактические мероприятия следует начинать как можно раньше, в связи с чем важно выявление беременных на ранних сроках. Перинатальная смертность при взятии на учет в I триместре составляет 0,4%, во II — 1%, в III — 3%.

Особое внимание нужно уделять вопросам диагностики и лечения хронической гипоксии плода. С этой целью необходимо шире внедрять в практику женской консультации проведение функциональных проб (температурные, степ-тест, пробы с задержкой дыхания и др.).



Снизить угрозу перинатальной патологии можно путем проведения психопрофилактики и электроанальгезии (8 — 10 процедур через день по 60 — 80 мин). При необходимости курс повторяют через 3 нед. Большую опасность для плода представляет перенашивание беременности. Перинатальная смертность при этой патологии достигает 13%, поэтому важно своевременно направлять беременных в стационар для родовывызвания.

Профилактика патологии беременных в женской консультации, раннее определение групп риска, своевременная терапия выявленных нарушений позволят снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С. Клинические лекции по акушерству. М., Медицина, 1973.—
2. Бодяжина В. И. Акушерская помощь в женской консультации. М., Медицина, 1983.—
3. Грищенко В. И. Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. М., Медицина, 1977.—
4. Исаева А. Д. Тромбоэмболические заболевания во время беременности, после родов и аборт. Автореф. докт. дисс., Харьков, 1967.

Поступила 16 января 1984 г.

УДК 616.15—097.37—02:618.3—039.71:362.174

## О РОЛИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И РЕЗУС-ЦЕНТРА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОМОЩИ ПРИ ИММУНОКОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Б. Г. Садыков, Д. П. Игнатьева*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Как известно, в системе акушерско-гинекологического объединения большое место отводится женской консультации. При наблюдении за беременными в настоящее время особое внимание уделяется выявлению группы риска [2].

Ведение беременных с резус-сенсibilизацией в ТАССР в основном осуществляет резус-центр, созданный при Республиканской клинической больнице. Однако значительная и, что особенно важно, начальная часть работы приходится на долю женской консультации, в которой при первом посещении беременной определяется группа крови и резус-принадлежность, а в дальнейшем ежемесячно проводится анализ крови резус-отрицательных беременных на наличие резус-антител. При этом важно правильно оценить течение каждой беременности, поскольку иммуноконфликт возможен и по другим антигенам системы Rh — Hg; кроме того не исключены ошибки при определении Rh принадлежности.

Следует подробно выяснить, на каком сроке было искусственное и самопроизвольное прерывание беременности. По нашим данным (анализ исходов предыдущих беременностей у 620 женщин с резус-сенсibilизацией), частота самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках составляет 8%, что не отличается от частоты данного осложнения в популяции (5000 наблюдений). Таким образом, при резус-сенсibilизации самопроизвольный аборт на ранних сроках, так же как и искусственный, рассматривается в качестве возможного фактора сенсibilизации беременной, но не как следствие резус-конфликта. Поздний аборт, напротив, может быть связан с резус-сенсibilизацией. Известно, что наряду с анемической, желтушной и отечной формами гемолитической болезни новорожденных существует форма, именуемая внутриутробной смертью плода с мацерацией, которая, по мнению П. С. Гуревича (1970), развивается при массивном прорыве антител и воздействии их на незрелый плод. Морфологические данные при этом крайне скудны, ибо при поздних выкидышах аутопсия обычно не проводится. По нашим данным, частота позднего самопроизвольного аборта при резус-сенсibilизации возрастает до 6,5% (в популяции — 3,3%), что подтверждает этиологическую связь этой патологии с резус-конфликтом. Если в анамнезе имеется указание на мертворождение, по возможности следует выяснить его причину (затяжные роды, инфекционные заболевания у матери и др.), а