

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:

ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«БЕРЕМЕННОСТЬ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА»

Выполнила: клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии
лечебного факультета

Пирожкова М.О.

Проверил: Ассистент

Коновалов В.Н.



г. Красноярск

2018г.

Рецензия на реферат выполненный по теме: «Бронхиальная астма и беременность »

Ординатором 1го года обучения

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Пирожкова Мария Олеговна

Реферат выполнен на 11 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность изучения проблемы диагностики и лечения данной патологии очевидна ввиду того что у беременных БА является самым распространенным заболеванием легочной системы, частота диагностики которой в мире колеблется от 1% до 4 %, а в России - от 0,4% до 1%. При этом беременность по-разному влияет на течение БА. Изменения течения заболевания колеблется в довольно широких пределах: улучшение - у 18-69% женщин, ухудшение - у 22-44%, отсутствие влияния беременности на течение БА выявлено в 27-43% случаев. Это объясняется, с одной стороны, разнонаправленной динамикой у больных с различной степенью тяжести БА (при легкой и средней степени тяжести ухудшение течения БА наблюдается у 15-22%, улучшение - у 12-22%), с другой - недостаточной диагностикой и не всегда правильной терапией. На практике БА достаточной часто диагностируется лишь на поздних стадиях заболевания. Кроме того, если ее начало совпадает с гестационным состоянием, то заболевание может остаться нераспознанным, поскольку наблюдающиеся при этом нарушения дыхания часто относят к изменениям, обусловленным беременностью.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше 5 лет.

Реферат принят и оценен на (5) отлично.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.



Содержание:

ВВЕДЕНИЕ

- I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
- II. ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
- III. *КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ*
- IV. *ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ*
- V. *ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ*
- VI. *КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ*
- VII. *ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ*
- VIII. *ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ*
- IX *ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ*
- ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ*

ВВЕДЕНИЕ

Бронхиальная астма (БА) – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышке, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой либо спонтанно, либо под действием лечения. Количество больных в мире сегодня оценивается более, чем в 300 млн человек; предполагается, что к 2025 их число достигнет 400 млн. Распространенность БА в разных странах колеблется от 1 % до 18 % в общей популяции, среди беременных в России – в пределах 5–12 % в зависимости от региона, при этом до 2/3 беременных с БА нуждаются в соответствующей терапии, но не получают ее.

КОД ПО МКБ-10

J45 Астма.

J45.0 Астма с преобладанием аллергического компонента.

J45.1 Неаллергическая астма.

J45.8 Смешанная астма.

J45.9 Астма неуточнённая.

O99.5 Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период.

IX. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Заболеваемость БА значительно возросла в последние три десятилетия. По заключению экспертов ВОЗ, бронхиальную астму относят к числу наиболее часто встречаемых хронических болезней: данное заболевание выявлено у 8–10% взрослого населения. В России бронхиальной астмой страдает более 8 млн человек. Женщины болеют бронхиальной астмой в два раза чаще, чем мужчины. Как правило, бронхиальная астма проявляется в детстве, что приводит к возрастанию числа больных детородного возраста.

X. ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Основа профилактики — ограничение воздействия аллергенов, провоцирующих заболевание (триггеров). Триггеры выявляют с помощью аллергических проб.

Мероприятия, направленные на уменьшение воздействия бытовых аллергенов:

- использование непроницаемых покрытий для матрасов, одеял и подушек;
- замена напольных ковров на линолеум или деревянные полы;
- замена тканевой обивки мебели на кожаную;
- замена гардин на жалюзи;
- поддержание в помещении низкой влажности;
- предотвращение проникновения животных в жилые помещения;
- отказ от курения.

В настоящее время не существует мер профилактики бронхиальной астмы, которые можно было бы порекомендовать в пренатальный период. Однако назначение гипоаллергенной диеты в период лактации женщинам группы риска значительно уменьшает вероятность развития атопического заболевания у ребёнка. Воздействие табачного дыма, как в пренатальном, так и постнатальном периоде, провоцирует развитие заболеваний, сопровождающихся бронхиальной обструкцией.

Скрининг

Тщательный сбор анамнеза, аускультация и исследование пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметра позволяют выявить больных, нуждающихся в дополнительном обследовании (оценка аллергического статуса и исследование ФВД).

XI. КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бронхиальную астму классифицируют на основе этиологии и тяжести заболевания, а также временных характеристик бронхиальной обструкции. В практическом отношении наиболее удобна классификация заболевания по степени тяжести. Данную классификацию применяют при ведении больных в период беременности. На основе отмеченных клинических признаков и показателей ФВД выделены четыре степени тяжести состояния пациента до начала лечения.

- Бронхиальная астма интермиттирующего (эпизодического) течения: симптомы возникают не чаще одного раза в неделю, ночные симптомы не чаще двух раз в месяц, обострения коротки (от нескольких часов до нескольких дней), показатели функций лёгких вне обострения — в пределах нормы.

Бронхиальная астма лёгкого персистирующего течения: симптомы удушья возникают чаще одного раза в неделю, но реже одного раза в день, обострения могут нарушать физическую активность и сон, суточные колебания объёма форсированного выдоха за 1 с или пиковой скорости выдоха составляют 20–30%.

- Бронхиальная астма средней тяжести: симптомы болезни проявляются ежедневно, обострения нарушают физическую активность и сон, ночные симптомы возникают чаще одного раза в неделю, объём форсированного выдоха или пиковая скорость выдоха составляет от 60 до 80% должных значений, суточные колебания объёма форсированного выдоха или пиковая скорость выдоха $\geq 30\%$.

- Бронхиальная астма тяжёлого течения: симптомы болезни проявляются ежедневно, обострения и ночные симптомы часты, физическая активность ограничена, объём форсированного выдоха или пиковая скорость выдоха $\leq 60\%$ от должной величины, суточные колебания пиковой скорости выдоха $\geq 30\%$.

Если пациент уже проходит лечение, определять тяжесть заболевания необходимо, основываясь на выявленных клинических признаках и количестве ежедневно принимаемых лекарственных препаратов. Если симптомы лёгкой персистирующей бронхиальной астмы сохраняются, несмотря на проведение соответствующей терапии, заболевание определяют как персистирующую бронхиальную астму средней тяжести. Если на фоне лечения у больного появляются симптомы персистирующей бронхиальной астмы средней тяжести, ставят диагноз «Бронхиальная астма, тяжёлое персистирующее течение».

XII. ЭТИОЛОГИЯ (ПРИЧИНЫ) БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Существуют веские доказательства того, что бронхиальная астма — наследственное заболевание. Дети больных БА страдают данным заболеванием чаще, чем дети здоровых родителей. Выделяют следующие факторы риска развития БА:

- атопия;
- гиперреактивность дыхательных путей, имеющая наследственный компонент и тесно связанная с уровнем IgE в плазме крови, воспалением дыхательных путей;
- аллергены (домашний клещ, шерсть животных, плесневые и дрожжевые грибы, пыльца растений);
- профессиональные сенсibilизирующие факторы (известно более 300 веществ, имеющих отношение к профессиональной бронхиальной астме);
- табакокурение;
- загрязнённость воздуха (диоксид серы, озон, окислы азота);
- ОРЗ.

XIII. ПАТОГЕНЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Развитие осложнений беременности и перинатальной патологии связано с тяжестью протекания бронхиальной астмы у матери, наличием обострений данного заболевания во время беременности и качеством проводимой терапии. У женщин, имевших обострения бронхиальной астмы во время беременности, вероятность возникновения перинатальной патологии в три раза выше, чем у пациенток со стабильным течением болезни. К непосредственным причинам осложнённого течения беременности у больных бронхиальной астмой относят:

- изменения ФВД (гипоксия);
- иммунные нарушения;
- нарушения гемостатического гомеостаза;
- метаболические нарушения.

Изменения ФВД — главная причина гипоксии. Они напрямую связаны с тяжестью бронхиальной астмы и качеством проводимого в период беременности лечения. Иммунные нарушения способствуют развитию аутоиммунных процессов (АФС) и снижению противовирусной противомикробной защиты. Перечисленные особенности — главные причины часто встречаемой внутриутробной инфекции у беременных с бронхиальной астмой.

В период беременности аутоиммунные процессы, в частности АФС, могут вызывать поражения сосудистого русла плаценты иммунными комплексами. В результате возникает плацентарная недостаточность и задержка развития плода. Гипоксия и поражение сосудистой стенки вызывают расстройство гемостатического гомеостаза (развитие хронического ДВС-синдрома) и нарушение микроциркуляции в плаценте. Ещё одна важная причина формирования плацентарной недостаточности у женщин с бронхиальной астмой — метаболические нарушения. Исследования показали, что у больных бронхиальной астмой усилено перекисное окисление липидов, снижена антиокислительная активность крови и уменьшена активность внутриклеточных ферментов.

Физиологические изменения функции внешнего дыхания при беременности

Показатель	Изменения
ОФВ1	Не изменяется
Пиковая объемная скорость выдоха	Не изменяется
Минутный объем/вентиляция	От +30 до +50 %
Общий объем легких	От +30 до +50 %
ОФВ1	Не изменяется
ФЖЕЛ	Не изменяется
ОФВ1/ФЖЕЛ	Не изменяется
МОС 25–75 %	Не изменяется
Функциональный остаточный объем	–18 %

Примечание. ОФВ1 – объем форсированного выдоха за 1 с;
ФЖЕЛ – функциональная жизненная емкость легких;
МОС 25 % (75 %) – Максимальная объемная скорость при выдохе 25 % (75 %).

XIV. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

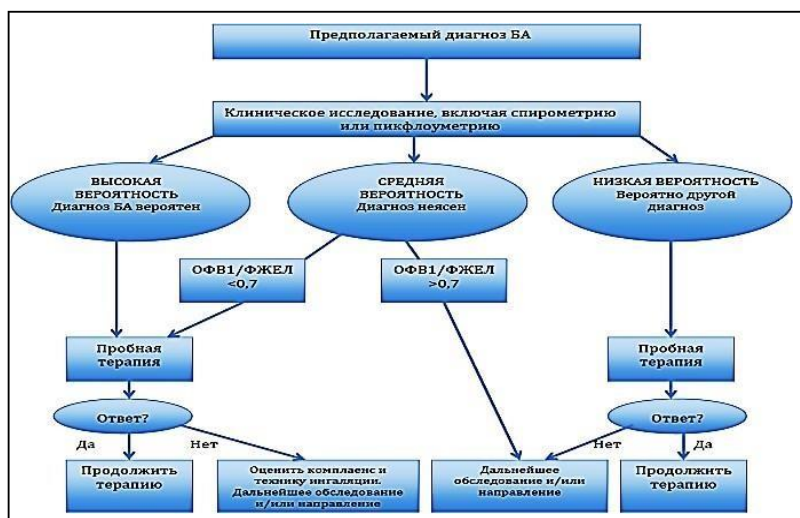
Основные клинические признаки бронхиальной астмы:

- приступы удушья (с затруднением выдоха);
- малопродуктивный приступообразный кашель;
- шумное свистящее дыхание;
- одышка.

XV. ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

При бронхиальной астме в большинстве случаев беременность не противопоказана. Однако при неконтролируемом течении заболевания частые приступы удушья, вызывающие гипоксию, могут привести к развитию осложнений у матери и у плода. Так, у беременных, больных БА, развитие преждевременных родов отмечают у 14,2%, угрозу прерывания беременности — у 26%, ЗРП — у 27%, гипотрофию плода — у 28%, гипоксии и асфиксии плода при рождении — у 33%, гестозы — у 48%. Оперативное родоразрешение при данном заболевании проводят в 28% случаях.

XVI. ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ



Алгоритм обследования при подозрении на БА

А. Оценка текущего клинического контроля (предпочтительно в течение 4 нед.)			
Характеристики	Контролируемая БА (всё нижеперечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Отсутствуют (или ≤ 2 эпизодов в неделю)	> 2 эпизодов в неделю	Наличие трёх или более признаков частично контролируемой БА***
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы (пробуждения)	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствуют (или ≤ 2 эпизодов в неделю)	> 2 эпизодов в неделю	
Функция лёгких (ПСВ или ОФВ1)***	Нормальная	$< 80\%$ от должного значение или от наилучшего для данного пациента показателя (если таковой известен)	
Б. Оценка будущего риска (риск обострений, нестабильности, быстрого снижения функции лёгких, побочные эффекты)			
Признаки, ассоциируемые с неблагоприятными будущими осложнениями, включают: плохой клинический контроль над БА, частые обострения в течение последнего года*, любая госпитализация в отделение неотложной помощи по поводу БА, низкий ОФВ1*, воздействие табачного дыма, высокие дозы лекарственных препаратов			

Уровни контроля над БА (GINA, 2011)

- * При любом обострении необходимо рассмотрение поддерживающей терапии с целью оценки ее адекватности.
- ** По определению, неделя с обострением – это неделя неконтролируемой БА.
- *** Без применения бронхолитика исследование функции легких не является надежным методом исследования у детей 5 лет и младше (ПСВ – пиковая скорость выдоха, ОФВ1 – объем форсированного выдоха в 1-ю секунду).

АНАМНЕЗ

При сборе анамнеза устанавливают наличие аллергических заболеваний у пациентки и её родственников. В ходе исследования выясняют особенности появления первых симптомов (время года их появления, связь с физической нагрузкой, воздействием аллергенов), а также сезонность заболевания, наличие профессиональной вредности и жилищно-бытовые условия (наличие домашних животных). Необходимо уточнить частоту и тяжесть симптомов, а также эффект противоастматического лечения.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Результаты физикального обследования зависят от стадии болезни. В период ремиссии исследование может не показать никаких отклонений от нормы. В период обострения возникают следующие клинические проявления: учащённое дыхание, повышение ЧСС, участие в акте дыхания вспомогательных мышц. При аускультации отмечают жёсткое дыхание и сухие свистящие хрипы. При перкуссии может быть слышен коробочный звук.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для своевременной диагностики осложнений гестации показано определение уровня АФП, b-ХГЧ на 17-й и 20-й неделе беременности. Исследование в крови гормонов фетоплацентарного комплекса (эстриол, ПЛ, прогестерон, кортизол) проводят на 24-й и 32-й неделе беременности.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Клинический анализ крови для выявления эозинофилии.
- Выявление повышения содержания IgE в плазме крови.
- Исследование мокроты для обнаружения спиралей Куршманна, кристаллов Шарко–Лейдена и эозинофильных клеток.
- Исследование ФВД для выявления снижения максимальной скорости выдоха, объёма форсированного выдоха и уменьшения пиковой скорости выдоха.
- ЭКГ для установления синусовой тахикардии и перегрузки правых отделов сердца.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику проводят с учётом данных анамнеза результатов аллергологического и клинического обследования. Дифференциальная диагностика оценки ФВД (наличие обратимой бронхиальной обструкции) с ХОБЛ, СН, муковисцидозом, аллергическим и фиброзирующим альвеолитом, профессиональными заболеваниями дыхательной системы.

ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Тяжёлое течение заболевания с выраженными признаками интоксикации.
- Развитие осложнений в виде бронхита, синусита, пневмонии, отита и т.д.

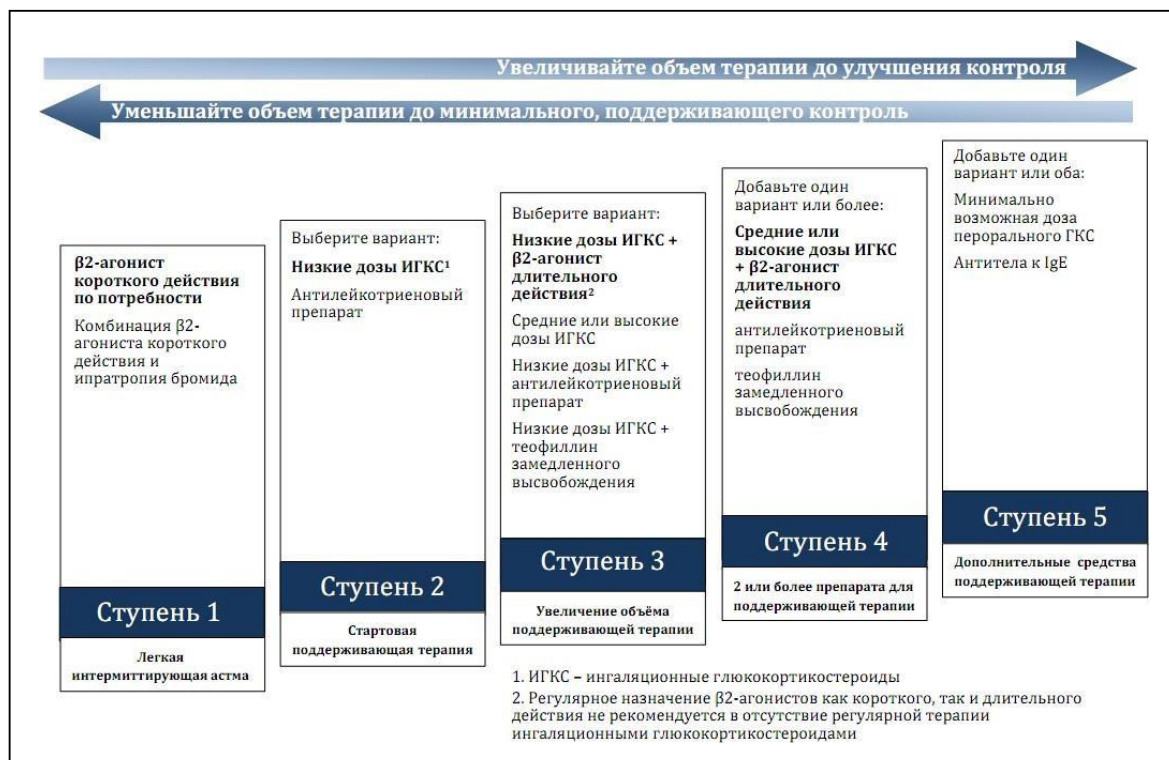
ПРИМЕР ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

Беременность 33 нед. Бронхиальная астма персистирующая средней степени тяжести, нестойкая ремиссия. Угроза преждевременных родов.

IX ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Профилактика осложнений гестации у беременных с бронхиальной астмой состоит в полноценном лечении заболевания. При необходимости проводят базисную терапию с использованием ингаляционных глюкокортикостероидов согласно рекомендациям группы Глобальной Инициативы по Астме (GINA). Обязательно лечение хронических очагов инфекции: кольпита, заболеваний периодонта и т.д.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ



Ступенчатая терапия БА у взрослых

Лечение осложнений гестации по триместрам

В первом триместре лечение бронхиальной астмы при возникновении угрозы прерывания беременности не имеет характерных особенностей. Терапию проводят по общепринятым правилам. Во втором и третьем триместре лечение акушерских и перинатальных осложнений должно включать коррекцию основного лёгочного заболевания, оптимизацию окислительно-восстановительных процессов. Для снижения интенсивности липидной пероксидации, стабилизации структурно-функциональных свойств клеточных мембран, нормализации и улучшения трофики плода применяют следующие лекарственные средства:

- фосфолипиды+поливитамины по 5 мл внутривенно в течение 5 дней, затем по 2 таблетки 3 раза в день в течение трёх недель;
- витамин Е;
- актовегин© (400 мг внутривенно 5 дней, затем по 1 таблетке 2–3 раза в день в течение двух недель).

Для предотвращения развития инфекционных осложнений проводят иммунокоррекцию:

- иммунотерапия интерфероном-α2 (по 500 тысяч ректально дважды в сутки в течение 10 дней, затем дважды в сутки через день в течение 10 дней);
- антикоагулянтная терапия:
 - гепарин натрия (для нормализации показателей гемостаза и связывания циркулирующих иммунных комплексов);
 - антиагреганты (для повышения синтеза простагличина сосудистой стенкой, что позволяет снизить внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов): дипиридамол 50 мг 3 раза в день, аминофиллин 250 мг 2 раза в сутки в течение двух недель.

При выявлении повышенного уровня IgE в плазме крови, маркёров аутоиммунных процессов (волчаночный антикоагулянт, АТ к ХГЧ) с признаками внутриутробного страдания плода и отсутствии достаточного эффекта от

консервативной терапии показано проведение лечебного плазмафереза. Проводят 4–5 процедур 1–2 раза в неделю с выведением до 30% объёма циркулирующей плазмы. Показания для стационарного лечения — наличие гестоза, угрозы прерывания беременности, признаков ПН, ЗРП 2–3 степени, гипоксии плода, тяжёлого обострения БА.

Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде

Во время родов продолжают терапию, направленную на улучшение функций фетоплацентарного комплекса. Терапия включает введение препаратов, улучшающих плацентарный кровоток — ксантинола никотинат (10мл с 400мл изотонического раствора натрия хлорида), а также приём парацетама для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода (по 2 г в 200мл 5% раствора глюкозы внутривенно капельно). Для предотвращения приступов удушья, провоцирующих развитие гипоксии плода, во время родов продолжают терапию бронхиальной астмы с использованием ингаляционных глюкокортикоидов. Пациентам, принимавшим системные глюкокортикостероиды, а также при нестабильном течении бронхиальной астмы необходимо парентеральное введение преднизолона в дозе 30–60 мг (или дексаметазона в адекватной дозе) в начале первого периода родов, а при продолжительности родов более 6 часов инъекцию глюкокортикостероида повторяют в конце второго периода родов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Эффективность проведённой терапии оценивают по результатам определения в крови гормонов фетоплацентарного комплекса, УЗИ гемодинамики плода и данным КТГ.

ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Родоразрешение беременных с лёгким течением заболевания при адекватном обезболивании и корригирующей медикаментозной терапии не представляет затруднений и не вызывает ухудшения состояния больных. У большинства пациенток роды заканчиваются самопроизвольно. Среди осложнений родов наиболее часто наблюдают:

- быстрое течение родов;
- родовое излитие ОВ;
- аномалии родовой деятельности.

В связи с возможным бронхоспастическим действием метилэргометрина при профилактике кровотечения во втором периоде родов следует отдать предпочтение внутривенному введению окситоцина. У беременных с тяжёлой БА, неконт-ролируемым течением БА средней степени тяжести, астматическим статусом во время данной беременности или обострением заболевания в конце третьего триместра родоразрешение связано с риском развития тяжёлого обострения болезни, острой дыхательной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода. Учитывая высокий риск инфицирования и возникновения осложнений, связанных с операционной травмой, методом выбора при тяжёлом заболевании с признаками дыхательной недостаточности считают плановое родоразрешение через естественные родовые пути. При родоразрешении через естественные родовые пути перед родовозбуждением производят пункцию и катетеризацию эпидурального пространства в грудном отделе на уровне ThVIII–ThIX с введением 0,125% раствора бупивакаина, дающего выраженный бронхолитический эффект. Затем производят родовозбуждение методом амниотомии. Поведение роженицы в этот период активное. После начала регулярной родовой деятельности осуществляют обезболивание родов путём эпидуральной анестезии на уровне LI–LII. Введение анестетика с пролонгированным действием в низкой концентрации не ограничивает подвижность роженицы, не ослабляет потуги во втором периоде родов, оказывает выраженное бронхолитическое действие (увеличение форсированной жизненной ёмкости лёгких, объёма форсированного выдоха, пиковой скорости выдоха) и позволяет создать своего рода гемодинамическую защиту. В результате возможно самопроизвольное

родоразрешение без исключения потуг у пациенток с обструктивными нарушениями дыхания. Для укорочения второго периода родов производят эпизиотомию.

При отсутствии достаточного опыта или технических возможностей проведения эпидуральной анестезии на грудном уровне следует провести родоразрешение путём КС. Метод выбора обезболивания при проведении операции кесарева сечения — эпидуральная анестезия. Показания к оперативному родоразрешению у беременных с бронхиальной астмой — признаки сердечно-лёгочной недостаточности у больных после купирования тяжёлого длительного обострения или астматического статуса и наличие спонтанных пневмотораксов в анамнезе. Кесарево сечение может быть проведено по акушерским показаниям (например, наличие несостоятельного рубца на матке после предыдущего КС, узкий таз и т.д.).

Категории противоастматических препаратов при беременности по критериям FDA

Лекарственные препараты	Категория	Лекарственные препараты	Категория
<i>Ингаляционные кортикостероиды</i> • Будесонид • Беклометазон • Флутиказона пропионат • Триамсинолон	В	<i>β₂-агонисты</i> • Альбутерол • Левалбутерол • Салметерол • Формотерол • Ипратропиум • Сальбутамол • Тербуталин	С
	С		С
	С		С
	С		С
	С		В
<i>Антагонисты лейкотриеновых рецепторов</i> • Зафирлукаст • Монтелукаст • Зилеутон	В	<i>Кромоны</i> • Кромолин-натрий • Недокромил	В
	В		В
<i>Метилксантины</i> • Теофиллин	С	<i>Системные кортикостероиды</i> • Преднизолон • Метилпреднизолон • Дексаметазон	В
<i>Анти-IgE-антитела</i> • Омализумаб	В		В
			С

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

Терапия бронхиальной астмы в период беременности обязательна. Существуют препараты для лечения бронхиальной астмы, разрешённые для применения во время беременности. При стабильном состоянии больного и отсутствии обострений заболевания беременность и роды протекают без осложнений. Необходимо пройти занятия в Астма-школе или самостоятельно ознакомиться с материалами образовательной программы для пациентов.

Список использованной литературы:

- 1) *Растопина Н. А.* Бронхиальная астма при беременности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М.: Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова. – 2004. – С. 46.
- 2) Национальное руководство по акушерству и гинекологии под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2015
- 3) Клинические рекомендации акушерство и гинекология под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих.