

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкентская Медицинская Академия

**ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕНЩИН
ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.**

Методическое пособие

Ташкент 2009 г.

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Ташкентская Медицинская Академия

Утверждаю
Начальник Главного Управления
Науки и учебных заведений
_____ проф. Атаханов Ш.Э.
«__» _____ 2009 год.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕНЩИН
ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Методическое пособие

Ташкент 2009 г.

I. Роль и обязанности медицинских работников в диагностике и оздоровлении экстрагенитальных заболеваний у женщин фертильного возраста и беременных:

- Поэтапные мероприятия, направленные на защиту здоровья будущего поколения в Республике Узбекистан.
- Организационные задачи со стороны Минздрава РУз и Ташкентской Медицинской Академии.
- Понятие – экстрагенитальные заболевания ЭГЗ. Анализ диагностики и структуры ЭГЗ.
- Основные задачи в случае обнаружения ЭГЗ.
- Тактика терапевта при ЭГЗ.
- Обязательные лабораторно- инструментальные исследования при ЭГЗ
- Основные задачи врача общей практики (ВОП) в учреждениях Первично Медико-Санитарной Помощи
- Документы, дающие сведения для постановки диагноза ЭГЗ.

II. Порядок определения относительных и абсолютных противопоказаний к беременности у женщин детородного возраста в зависимости от диагноза и течения экстрагенитальной патологии:

- Перечень основных групп ЭГЗ.
- Понятие – относительные противопоказания при ЭГЗ.
- Понятие – абсолютные противопоказания при ЭГЗ.
- Основные минимальные специальные исследования при ЭГЗ.

III. Экстрагенитальная патология у беременных и женщин фертильного возраста:

- Заболевание органов дыхания.
- Заболевания сердечно-сосудистой системы.
- Анемия беременных и женщин фертильного возраста.
- Заболевания почек.
- Заболевание печени и желчевыводящих путей.
- Заболевание эндокринной системы.
- Артериальная гипертензия у беременных.
- Медикоментозная и не медикоментозная Терапия в Период беременности.
- Питание в период беременности.
- Заболевания внутренних органов, при которых возникает необходимость в прерывании беременности.

I. Роль и обязанности врача общей практики, терапевта в диагностике и оздоровлении экстрагенитальных заболеваний у женщин фертильного возраста и беременных.

Будущее республики целиком и полностью зависит от здоровья молодого поколения. Поэтому растить здоровое поколение является основным направлением политики нашего государства. Для осуществления этой заветной мечты Минздрав Узбекистана проводит поэтапные мероприятия, направленные на защиту здоровья будущего поколения, в основном здоровья матери и детей.

Со стороны Минздрава РУз и Ташкентской Медицинской Академии запланированы мероприятия по учету и оздоровлению женщин фертильного возраста и беременных с обнаружением ЭГЗ. Это отражено в приказах, выпущенных в последние годы, №154 от 27.02.1992 г.; №183 от 27.04.1993г.; №606 от 30.12.1994; №423 от 15.09.1994г.; от 10.11.1998г.; №111 от 23.02.1999г.; №360; №721; №560; от 30.10.2000 г.; №64 от 10.05.2000г.; №295 от 11.05.2000г.; №100Б от 19.12.2001г.; №154Б от 27.09.01г.; №06-3/200 от 5.07.2002г.; от 22.11.2002г.; №500 от 13.11.2003г.; №307 от 1.07.2004г.; №42 от 29.12.2004г.; №535 от 6.12.2004г.; №425 от 5.09.2005г.; №480 от 30.10.2007г.; №277 от 20.06.2007г.; №600 от 29.12.2007г.; №130 от 30.04.2009г. постановления Кабинета Министров №242 5.07.2002г. Постановление Президента № 1096 от 13.04.2009г.

Одним из этих направлений является сохранение здоровья женщин фертильного возраста (15-49 лет), их диспансеризация во время беременности и обеспечение рождения здоровых детей. Известно, что рождение здорового ребенка в основном зависит от здоровья матери. Если мать страдает каким-либо заболеванием, то от нее рождаются слабые дети или дети с дефектами. Поэтому, в первую очередь, необходимо проводить медосмотры женщин фертильного возраста, беременных, при этом определить состояние здоровья и выявлять заболевания, поставить диагноз и проводить лечебные мероприятия.

Из научной медицинской литературы известно, что у беременных женщин наряду с гинекологическими заболеваниями развивается поражение различных органов и систем. Группы этих заболеваний обобщенно называется экстрагенитальными заболеваниями. Если рассуждать теоретически, то из десяти тысяч заболеваний, зарегистрированных ВОЗом, встречающихся у людей (из них исключаются заболевания гениталий, болезни, связанные с беременностью и состояния после аборта), все могут встречаться у беременных женщин в виде экстрагенитальной патологии. Но к ней не относятся симптомы, синдромы, связанные с физиологической гиперфункцией отдельных органов при беременности (например: субфебрилитет, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, недомогание, пастозность, и др.). Значит, понятие экстрагенитальной патологии представляет собой не только терапевтические, но и неврологические, психические, кожно-венерологические, инфекционные, онкологические, хирургические заболевания.

Поэтому для глубокого изучения экстрагенитальной патологии, для решения вопроса о своеобразной, своевременной диагностике, лечении и выздоровлении должны внести свою лепту невропатологи, онкологи, педиатры, хирурги, реаниматологи, инфекционисты, дерматовенерологи и др. специалисты.

Анализ диагностики и структуры экстрагенитальной патологии показал, что у женщин фертильного возраста встречаются заболевания в основном терапевтическое

характера. Именно эти заболевания иногда являются причиной смерти матери или мертворождение ребенка.

Следовательно, в данной патологии в основном терапевтического профиля в случаях обнаружения экстрагенитальной патологии должны решать следующие задачи:

1. Возможность беременности женщине с ЭГЗ, если имеется противопоказание к беременности, оно абсолютное или относительное. При относительном (временном) противопоказании необходимо определить, сколько времени женщина должна предохраняться от беременности.

2. Если больная женщина забеременела, сможет ли она родить, т.е. не будут ли роды угрожать жизни матери и ребенка, или нужно прервать беременность.

В последнем случае вопрос должен решаться консилиумом врачей, при котором решающее значение имеет мнение терапевта.

3. Если решено сохранить беременность, то исходя из диагноза и течения ЭГЗ необходимо решать вопрос о рациональной госпитализации больной, в какую больницу, количество госпитализаций, принцип лечения. Какие лечебные и диагностические мероприятия нужно проводить в амбулаторных условиях, учитывая различные противопоказания.

Для решения выше приведенных задач направление и тактика терапевтов должна быть однозначными и одинаковыми. Когда решается вопрос об абсолютных и относительных противопоказаниях пролонгирования беременности, учитывается не только диагноз и течение болезни, но и возраст больной, а также число детей в семье.

Мнения терапевтов в принадлежности тех или иных заболеваний внутренних органов к ЭГЗ расходятся. Учитывая это и основываясь на работу ведущих ученых Республики Узбекистан, для определения абсолютных или относительных противопоказаний к беременности при часто встречающихся ЭГЗ предложен следующий порядок и список болезней. (см. таблицу №1). Необходимо отметить, что врачи должны индивидуализировать тактику ведения каждой больной исходя из противопоказаний к беременности. В конце таблицы приведен минимальный перечень лабораторно-инструментальных исследований для диагностики различных ЭГЗ. Женщины, имеющие в результате ЭГЗ абсолютные противопоказания к беременности, должны использовать контрацептивные средства, а женщины с относительными противопоказаниями к беременности должны, исходя из диагноза и течения болезни, применять контрацептивы от нескольких месяцев до нескольких (дней) лет. Очень важно, чтобы при беседе об этом с больной женщиной, ее супругом или родителями, терапевты или акушеры-гинекологи были чуткими, внимательными и соблюдали принципы деонтологии.

Женщинам фертильного возраста диагноз ЭГЗ устанавливают в лечебных учреждениях, основываясь на данных клинического, лабораторно-инструментального исследования. При исследовании беременных ограничивают выбор методов исследований (например: рентгенологические, радиоизотопные).

В амбулаторных картах женщин с ЭГЗ обязательно должны быть результаты минимума лабораторно-инструментальных исследований:

- I. а) Общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов
- б) Общий анализ мочи и проба Нечипоренко
- в) Общий анализ кала с исследованием на яйце глиста.

- II. 1. RW
- 2. ВИЧ
- 3. Нв А

III. Биохимические исследования:

- количество сахара в крови
- сахар в моче
- количество билирубина в крови
- количество холестерина в крови
- количество ферментов (АЛТ, АСТ) в крови
- протромбиновый индекс
- содержание железа в плазме крови

IV. Инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование (кроме беременных)
- показатели АД на обеих руках
- ЭКГ
- УЗИ (патологически измененного органа и плода)

Исходя из этого, все женщины фертильного возраста должны регулярно проходить медосмотр. В случае нахождения ЭГЗ они должны находиться под наблюдением ВОП. У них определяются абсолютные и относительные противопоказания к беременности и в последующее для решения вопроса о методах контрацепции их направляют к акушеру-гинекологу.

- Основными задачами учреждения Первично Медико-Санитарной Помощи, обеспечивающего уход за беременными и родильницами являются:

- Оказание квалифицированного антенатального ухода беременным, осуществление раннего охвата беременных диспансерным наблюдением, консультация их терапевтом, а при необходимости и другими специалистами во время гестации; проведение лечебно-профилактических мероприятий, своевременная госпитализация беременных с экстрагенитальной акушерской патологией в отделение дородовой подготовки, осуществление систематической связи с родильными комплексами, станцией (отделением) скорой и неотложной медицинской помощи, а также с другими лечебно-профилактическими учреждениями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкологическим диспансерами и др.), обеспечение послеродового ухода;

- Проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение нежелательной беременности женщин с экстрагенитальной и генитальной патологией, соблюдение интервала между родами, предохранение от беременности и родов женщин до 20 лет и старше 35 лет, правильным и своевременным применением современных контрацептивных средств;

- Внедрение в практику работы передовых форм и методов антенатальной помощи, современных методов лечения и профилактики патологической беременности и гинекологических заболеваний;

- Проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни и формированию здоровой семьи;

Под контролем Главврача всех медицинских учреждений должны находиться мед. организационные вопросы применения контрацепции у лечащихся женщин с ЭГЗ с учетом их диагноза. В дальнейшем больные женщины, имеющие относительные или абсолютные противопоказания к беременности, после контрацепции выписываются под наблюдением терапевта и акушера-гинеколога по месту жительства. Для обеспечения связи между терапевтами и гинекологами, и для определения слабого звена в работе, все терапевты и акушеры-гинекологи должны обязательно пользоваться "сигнальным листком", выпущенным МЗ РУз. Затем оздоровление осуществляют терапевты. В зависимости от диагноза и течения ЭГЗ больные женщины лечатся амбулаторной, в дневных стационарах или в спец.отделениях больниц. Перед лечением беременных женщин с ЭГЗ проводится консилиум под руководством терапевта, для решения вопроса о прерывании или пролонгировании беременности. Думаем, что в амбулаторной карте беременной женщины, подлежащей аборт по мед показаниям, последнее слово должно быть за терапевтом. Но надо помнить, что аборт - хирургическая процедура, и иногда возможны осложнения при тяжело протекающее ЭГЗ (например: тяжело протекающий эндокардит, гнойный пиелонефрит). Кроме того, эта процедура может привести к различным гормональным сдвигам. Поэтому усилия и старания врачей должны быть направлены на предупреждение беременности у женщин, страдающих ЭГЗ. При решении сохранения беременности у женщин с ЭГЗ необходимо планировать госпитализацию и лечение в специализированных отделениях по месту жительства. В зависимости от состояния больной и диагноза в этих отделениях терапевт совместно с акушером-гинекологом несколько раз проводят соответствующее лечение. При тяжелом течении ЭГЗ женщины переводятся в областные или республиканские спец.отделения ЭГЗ и продолжают получать лечение. В этих случаях роды должны осуществляться в центральных роддомах и специальных центрах республики. Для выполнения такой сложной и ответственной работы в эти отделения должны привлекаться высококвалифицированные и опытные терапевты и акушеры-гинекологи.

Имеющие тяжелую ЭГЗ беременные женщины должны рожать в отдельных родзалах под наблюдением терапевта и реаниматолога. Через определенное время родильница вместе с младенцем переводится в отделение послеродовой реабилитации, имеющие отдельный блок для новорожденных, где продолжается лечение и профилактические мероприятия, подбирается контрацепция для предупреждения последующей беременности. По этим рекомендациям должны быть рассмотрены организационные вопросы по оздоровлению беременных женщин с ЭГЗ.

Основным документом, дающим сведения для постановки диагноза ЭГЗ у женщин фертильного возраста, является амбулаторная карта формы 025/У. В этой карте вместе с общим состоянием, объективными данными, дополнительными исследованиями больной должны быть установлены относительные и абсолютные противопоказания к беременности. После этого заполняется сигнальный лист, где указывается дата и срок контрацепции, после чего сигнальный лист передается акушеру-гинекологу для подбора и выполнения контрацептивных методов. Только после возвращения сигнального листа к терапевту и занесения его в амбулаторную карту, первичная работа считается

выполненной, но оздоровительные работы продолжаются. Все последующие сведения о больной заносятся в эту карту. (Ф№025/У).

Основным документом, дающим сведения о беременной женщине с ЭГЗ, является индивидуальная карта беременной (форма № 1/114). В ней должны быть сведения об осмотре терапевта, при необходимости других специалистов, данные о течении беременности и проведенных манипуляциях.

Частота и распространение ЭГЗ у беременных и женщин фертильного возраста по республике, вопрос по их оздоровлению, учет проводимых контрацептивных методов должны занимать ведущее место в работе главного терапевта и руководителя терапевтической службы. Все сведения по проводимой работе в этой области должны быть своевременно доложены в МЗ РУз.

Сигнальный лист женщин фертильного возраста.

1. Ф.И.О.
2. Возраст
3. Адрес (место проживания)
4. Профессия
5. Диагноз
6. Рекомендации терапевтов и др. специалистов при наличии относительных противопоказаний к беременности (при этом указывать срок предохранения от беременности) или наличии абсолютных противопоказаний.
7. Дата направления к акушеру-гинекологу.
8. Дата мероприятий, проведенных акушером-гинекологом (виды контрацепции или время аборта).
9. Ф.И.О. врача-акушера-гинеколога.
10. Ф.И.О. врача-терапевта или врача общей практики.

II. Порядок определения относительных и абсолютных противопоказаний к беременности у женщин фертильного возраста в зависимости от диагноза и течения экстрагенитальной патологии.

Таблица 1

Диагноз	Относительные противопоказания	Абсолютные противопоказания	Минимальные спец. методы исследования
I. <u>ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ</u>			
1. Гипертоническая болезнь	а) ГБ-Истадии- степень АГ-1(низкий риск)	а) ГБ II ст.- III стадии. Степень	а) ЭКГ б) Эхокардиоскопия

	б) если возраст больной от 20 до 30 лет в) если в семье нет детей	АГ -2-3(средний, высокий риск) б) если в семье есть дети в) если возраст больной выше 30 лет	в) осмотр глазного дна
2. Ишемическая болезнь сердца а) после перенесенного инфаркта миокарда б) нестабильной стенокардии в) стабильной стенокардии	а) ФК-I	а) все формы а) все формы а) ФК-II,III, IV	
3. Миокардиты	а) легкая форма без НК	а) миокардит Абрамова-Фидлера б) средней и тяжелой степени течения в) при нарушении ритма и кровообращения г) если в семье есть дети д) в возрасте старше 30 лет	а) ЭКГ б) ревмопроба в) эхокардиоскопия
4. Кардиомиопатии		Все формы болезни	а) ЭКГ б) ревмопроба в) Эхокардиоскопия
5. Пороки сердца: стеноз митрального отверстия	а) при площади митрального отверстия 2 кв.см. и более б) при отсутствии НК и аритмий в) если в семье нет детей г) если возраст 20-30 лет д) если после комиссуротомии в	а) развитие сердечной недостаточности б) при отрицательных результатах комиссуротомии и развитии рестеноза в) наличие аритмий г) высокая степень легочной гипертензии	а) ЭКГ б) ревмопроба в) эхокардиоскопия

	течении 1-2 лет не наблюдается осложнений	д) при сочетанном пороке в стадии декомпенсации е) если в семье есть дети	
6. Недостаточность митрального клапана	а) если в семье нет детей б) в стадии компенсации	а) мерцательная аритмия б) сердечная недостаточность в) кардиомегалия	а) ревмопроба б) эхокардиоскопия
7. Сочетанный митральный порок (стеноз и недостаточность митрального клапана)	а) при митральном пороке с преобладанием недостаточности б) в стадии компенсации в) если в семье нет детей г) если возраст больной 20-30 лет	а) нарушение ритма сердца б) признаки сердечной недостаточности в) если в семье есть дети г) при возрасте старше 30 лет	а) ревмопроба б) ЭКГ в) эхокардиоскопия
8. Стеноз аортального отверстия	а) в стадии компенсации б) если в семье нет детей в) если возраст больной 20-30 лет	а) при наличии ЛСН б) если в семье есть дети в) если возраст старше 30 лет	а) ЭКГ б) эхокардиоскопия
9. Врожденные пороки сердца	а) отдельные формы в стадии компенсации б) если в семье нет детей в) если возраст 20-30 лет	а) если в семье есть дети б) если возраст больной старше 30 лет	а) ЭКГ б) эхокардиоскопия в) ревмопроба
II. <u>РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ</u>			
1. Ревматизм	а) хроническая ревматическая болезнь сердца без порока б) если в семье нет детей в) если возраст 20-30 лет	а) острая ревматическая лихорадка б) повторная ревматическая лихорадка в) хроническая ревматическая болезнь сердца с пороком в стадии	а) ревмопробы б) ЭКГ

		декомпенсации г)при нарушении кровообращения	
2. Ревматоидный артрит	а) в неактивной фазе б) при легком течении в) если в семье нет детей г)если возраст 20-30 лет	а) если в семье есть дети б)если возраст больной старше 30 лет в)при II-III степени активности с потерей трудоспособности в)при висцеральной форме	а) ревмопробы б) рентгенография суставов
III. <u>БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ</u>			
1. Хронический пиелонефрит	а) латентная форма б) если в семье нет детей	а)пиелонефрит единственной почки б)Хроническая почечная недостаточность	а) общий анализ крови и мочи б) анализ мочи по Нечипоренко в) проба Зимницкого
2.Хронический гломерулонефрит		а)нефротический синдром: б)гипертонический синдром в) хроническая почечная недостаточность	а) общий анализ крови и мочи б) анализ мочи по Нечипоренко в) креатинин в крови
IV. <u>БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ</u>			
1. Хронический бронхит	а)при легком течении б) если в семье нет детей	а) бронхоспасти-ческий синдром б) при легочной недостаточности в)легочное сердце	а) общий анализ мокроты и ее посев б) рентгенография легких
2. Бронхиальная астма	а) легкой и средней степени, 1-2 ступень интермитирующая, персистирующая б) если в семье нет детей в) возраст больной	а) при средней тяжести, тяжелой 3-4 ступень персистирующей астмы б)при легочной недостаточности	а) общий анализ мокроты и ее бак.посев б) рентгенография легких

	моложе 30 лет	в)при легочном сердце	
3. Бронхоэктатическая болезнь	а)при легком течении б) если в семье нет детей	а)при легочной недостаточности б)легочном сердце	а) общий анализ мокроты б) рентгенография легких
V. <u>ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ</u>			
1. Хронический гепатит	а) персистирующая форма б) если в семье нет детей	а) аутоиммунный (активный) гепатит	а) определение билирубина в крови б) АЛТ, АСТ в) УЗИ
2.Хр.вирусный гепатит В без дельта- агента	а) если в семье нет детей б)если возраст 20-30 лет	а)осложненный	
3.Хр.вирусный гепатит В с дельта-агентом		а)все формы	
4.Хр. вирусный гепатит С		а)все формы	
5.Алкогольный гепатит		а)все формы	
6. Цирроз печени		все формы	а) билирубин крови, АЛТ, АСТ б) УЗИ в) ЭГДФС
7.Язвенная болезнь желудка и 12 п.к.	а) при ремиссии б) если в семье нет детей	а) при обострении б)при развитии осложнений, угрожающих жизни больного	а) ЭГДФС
8. Неспецифический язвенный колит	а) легкая форма (проктит) б) если в семье нет детей	а) Средней (проктосигмоидит) б)тяжелой степени (тотальный колит)	Ректороманоскопия
VI. <u>ЗАБОЛЕВАНИЯ СИСТЕМЫ КРОВИ</u>			
1. Анемия (железодефицитная)	а)легкого течения б) если в семье нет детей	а) при тяжелом течении б) если в семье есть дети в) если возраст	а)общий анализ крови б) определение сывороточного железа

		старше 30 лет г) при средней и тяжелой форме в период лечения до полного выздоровления	
2. Мегалобластная анемия (В-12-фолиеводефицитная анемия)	а) легкая степень б) если в семье нет детей	а) средняя и тяжелая степень б) если в семье есть дети	а) общий анализ крови б) ЭГДФС в) УЗИ печени
3. Гипо- и апластические анемии		все формы	а) общий анализ крови б) стерильная пункция
4. Гемолитическая анемия		Аутоиммунная гемолитическая анемия	а) общий анализ крови б) ретикулоциты крови б) определение билирубина в крови
5. Идиопатическая тромбоцитарная пурпура	а) после спленэктомии б) если в семье нет детей	а) острое течение б) подострое течение	а) общий анализ крови б) количество тромбоцитов
6. Геморрагический васкулит	а) после выздоровления б) если в семье нет детей	а) активная фаза заболевания	а) общий анализ крови б) коагулограмма в) иммунологический статус
VII. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
1. Сахарный диабет	а) легкая форма б) если в семье нет детей	а) первый тип (I) б) второй тип (II) с тяжелыми осложнениями - нефропатия, ретинопатия, диабетическая стопа и др.	а) сахар в крови б) сахар в моче в) тест толерантности к глюкозе г) определение ацетона в моче, крови
2. Несахарный диабет	а) периферическая форма	а) противопоказаний нет	а) общий анализ мочи б) проба Зимницкого
3. Диффузно-токсический зоб	а) легкая форма без аритмии б) если в семье нет	а) средняя и тяжелая форма с аритмией б) если возраст	а) ЭКГ б) тироксин-Т4 в) ТТГ-тиреотропный

	детей	старше 30 лет в) если в семье есть дети	гормон гипофиза г) УЗИ щитовидной железы
4. Ожирение	а) ожирение III степени б) если в семье нет детей	а) ожирение IV степени б) пиквик-синдром (гиповентиляция)	а) ЭКГ б) общий анализ крови в) холестерин крови
5. Аддисонова болезнь	а) легкая и средняя степень тяжести б) если в семье нет детей	а) тяжелая степень тяжести б) частые аддисонические кризы	а) АКТГ б) кортизон в) альдостерон
6. Макроаденома гипофиза (Акромегалия, болезнь Иценко-Кушинга)		Все формы	а) ЭКГ б) общий анализ крови
VIII. ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ			
1. Системная красная волчанка		Все формы	Иммунологическое исследование крови
2. Системная склеродермия		Все формы	а) Иммунологическое исследование крови б) биопсия кожи
3. Дерматомиозит		Все формы	а) Иммунологическое исследование крови б) биопсия кожи
4. Узелковый периартериит		Все формы	а) Иммунологическое исследование крови б) биопсия кожи
IX. ТУБЕРКУЛЁЗ			
А) Все формы легочного и внелегочного туберкулеза	а) если клиническое выздоровление, имеются осложнения б) начальные стадии дыхательной недостаточности и ЛСН в) если в семье есть	а) все активные формы до бактериологического и клинического выздоровления б) при наличии средней и тяжелой дыхательной и ЛСН, вследствие туберкулеза	а) рентгенография грудной клетки и других пораженных туберкулезом органов

	больной с активной формой туберкулеза г) если в семье нет детей		
--	---	--	--

III. Экстрогенитальная патология у беременных и женщин фертильного возраста

Заболевания органов дыхания.

В течении нормально протекающей беременности в организме женщины, в том числе в органах дыхания, наблюдается ряд функциональных изменений, связанный со сложной перестройкой» направленной на обеспечение репродуктивной функции, помимо основного назначения - участия в газообмене между внешней и внутренней средой организма, легкие обладают рядом нереспираторных функций. Главнейшая из них - участие в иммунных процессах оба легкие обладают собственными факторами защиты. Значительный интерес представляет накопленный за последние годы материал об участии легких в метаболизме Ангиотензин превращающих ферментов(АПФ), в том числе стероидных гормонов. Клинико-физиологические данные о функциональном состоянии бронхолегочного аппарата женщины во время нормально прогрессирующей беременности достаточно хорошо известны. В I и особенно во II триместре беременности увеличиваются глубина дыхания, жизненная емкость легких (ЖЕД), минутный объем дыхания (МОД), максимальная вентиляция легких (МВЛ). На 25% уменьшается остаточный объем легких, падает общее легочное сопротивление, происходит расширение просвета бронхов и улучшается их проходимость, помимо общих функциональных перестроек со стороны сложной физиологической системы дыхания, в которую кроме легких входят аппарат кровообращения, кровь, ткани с комплексом окислительных ферментов и нейрогуморальный аппарат регуляции процесса дыхания на различных уровнях, у беременных может выявляться так называемый тип вентиляционной недостаточности, связанный с изменением механики дыхания. У беременной женщины растущая матка смещает диафрагму на 3-4 см вверх, снижая ее подвижность и уменьшая дыхательные экскурсии легких. В связи с этим, у некоторых женщин проявляются дискомфорт дыхания, ощущение нехватки воздуха, одышка при небольших движениях. На фоне уменьшения глубины дыхания и его учащения происходит снижение ЖЕД, МОД, МВЛ и рисунков вентиляции. Однако при физиологически протекающей беременности у здоровых женщин этот тип дыхательной недостаточности обычно легко проходит, сразу же после родов. Заболевания органов дыхания являются несомненными факторами риска возникновения различных осложнений во время гестационного периода.

Туберкулез

Туберкулез легких не препятствует возникновению беременности. Прерывание беременности показано только при активном процессе, прогрессирующих и открытых формах туберкулеза легких. При наличии противопоказаний беременности 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 (стрептомицина, 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.

Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Сердечно - сосудистые заболевания у беременных женщин занимает первое место среди всей экстрагенитальной патологии. Частота обнаружения болезней сердца у них колеблется от 0,4 до 4,7 % .В последнее время наблюдается увеличение числа беременных и рожениц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, что объясняется рядом причин: ранней диагностической заболеваемости сердца, расширением показаний к сохранению беременности, увеличением группы женщин, оперированных на сердце и числа серьезно больных женщин, которая либо сама, либо с решением врачей сохранит беременность, будучи уверенным в успехе медицинской науки и практики. Во время беременности сердечно - сосудистая система здоровых женщин претерпевает значительные изменения. Увеличивается объём внеклеточной жидкости на 5-6 л. Увеличивается (до 80 %) МО сердца, особенно на 26 - 28 неделях, с постепенным снижением к родам. На 30 - 50 % возрастает ОЦК достигая максимума к 30 - 36 нед. Создание дополнительной нагрузки на сердечно - сосудистую систему и, как следствие этого, у 30 % здоровых беременных выслушивается систолический шум над легочной артерией и верхушкой сердца, усиливается II тон над легочной артерией, нарушается возбудимость и проводимость сердечной мышцы, возникают *аритмии*. У ряда беременных женщин отличаются изменения на ЭКГ в виде укорочения интервала Р - Q изменения комплекса Q R S за счёт увеличения амплитуды зубца Р (в отведениях 4-6) и некоторого увеличения зубца R (в отведениях 1-2)встречается инверсия зубца Т (в отведениях 1-3) и снижением сегмента S – Т.Среди заболеваний сердца, осложняющих беременность, чаще всего встречается ревматизм, приобретенные и врожденные пороки сердца, аномалии развития малоспиральных сосудов, болезни миокарда, оперированное сердце, нарушение сердечного ритма. Развивающаяся беременность ухудшает течение сердечно-сосудистых заболеваний и может привести к развитию экстремальных состояний, требующих проведения неотложных мероприятий не только от акушеров и терапевтов , кардиологов, хирургов, но и от врачей общей практики. Высока летальность беременных и рожениц, сопровождающих приобретенными пороками сердца, легочной гипертензией, сложными врожденными пороками, острой и хронической сердечно - сосудистой недостаточностью.

Созданы специализированные родовспомогательные учреждения, оказывающие высококвалифицированную диагностику и лечебно-профилактическую помощь беременным и роженицам с заболеваниями ССС. С деятельностью специализированных

акушерских учреждений связано снижение осложнений беременности и родов, материнской смертности и перинатальной патологии.

В задачи женских консультаций обычного типа входят распознавание признаков заболеваний 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 др. 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 УЗИ, ЭКГ и ФКГ (матери и плода)

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 ССС проводится профилактическая госпитализация в срок 28-29 нед. и за 2-3 нед. до родов.

В стационар направляют в течении 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, анемии. При тяжелом течении заболеваний нарушается развитие плода (гипотрофия, функциональное недоразвитие). 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.

Анемия беременных.

По масштабам своей распространенности губительным последствием на здоровье матери и ребенка, наносимому экономическому ущербу, анемия отнесла ВОЗ к одной из самых больших проблем здравоохранения. Анализ заболеваемости и смертности среди детей и матери в Республике Узбекистан, за последние 3 года показал, что анемия является одной из главных причин высокой заболеваемости и смертности среди детей и женщин детородного возраста. За последние 10 лет частота ее у нас в стране среди детей и женщин фертильного возраста составляет 45-80%, а у беременных достигает до 90%. Наибольшему риску заболеваемости анемией подвержены беременные, кормящие матери, дети до 2 лет, девушки подростки. Доказано, что между матерью и ребенком существует взаимосвязь: у матерей с анемией, дети тоже страдают анемией. У женщин с коротким интервалом между беременностями, тяжелые формы анемии встречаются в 4 раза чаще, чем у женщин с интервалом в 3 года. У женщин, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, анемия встречается в 2 раза чаще.

По мере значимости основные факторы риска анемии следующие:

- Нерациональное, несбалансированное питание, вызывающее в организме дефицит железа; витаминов А,С,Е; фолиевой кислоты, белка и других микроэлементов, которые участвуют в кроветворении.

- Различные хронические кровопотери- маточные(из-за обильных менструаций, фибромиомы, эндометриозы и др.), желудочно-кишечные(язвы,полипы,геморрой, глисты и др.), носовые кровопотери и др.

- Хронические заболевания органов пищеварения, вследствие которых поступающая в организм пища полноценно не усваивается и не используется для кроветворения.

- Частые беременности и роды с интервалом менее 1-2 года при которых организм женщины не успевает восстановить утраченные в период беременности запасы железа, так как оптимальным сроком для восстановления организма женщины после родов является 2-3 года.

- Анемия перенесенная в детстве, анемия матери также могут быть причиной анемии у женщин.

- Переутомление женщин, особенно физическая чрезмерная занятость, неблагоприятные бытовые условия, дефицит свободного времени – существенные косвенные факторы развития анемии у женщин. При этом ограничивается возможность уделять внимание собственному здоровью, питанию, лечению, своевременному обследованию, профилактике болезней.

Анемичные женщины в 5-10 раз чаще погибают во время родов, чем женщины без анемии. Анемия является основной причиной преждевременных родов, кровотечений в родах и после родов, а также других осложнений беременности и родов. Неправильные последствия анемии беременных для развития плода и новорожденных, что является врожденной патологией, асфиксией, задержкой развития плода, малым весом и недоношенностью.

Головной мозг особенно чувствителен к кислородному голоданию, у 60% детей рожденных от анемичных матерей имеются отклонения со стороны функции нервной системы. У детей раннего возраста, даже легкая степень анемии приводит к снижению умственного развития и к способности обучению. Успеваемость среди школьников анемией ниже, чем среди здоровых. Также установлено, что анемия ведет к снижению защитных сил организма, снижается иммунитет. Больные с анемией в 2-3 раза чаще болеют различными инфекционными заболеваниями, которые протекают тяжелее и длительнее, чем у здоровых. У кормящих матерей в 2 раза чаще наблюдается гипогалактия (уменьшение количества молока), и их дети чаще переходят на искусственное вскармливание. Причем, чем степень тяжести анемии выше, тем раньше это происходит. Страдает качество грудного молока- в нем снижается уровень лактоферина, железосодержащего белка. Анемия часто встречается не только у беременных, но и у женщин фертильного возраста. По происхождению малокровие может развиваться в результате ЭГП или может быть связано с уменьшением эритроцитов и гемоглобина в связи с физиологической гипергидротацией при беременности. Если анемия возникает в первом периоде беременности, то основными причинами являются алиментарные факторы, желудочно-кишечные заболевания печени и др. Анемия II периода

беременности возникает в связи с повышением потребности организма в железе у женщин с исходным дефицитом железа в крови. Например: предполагается, в организме женщины в запасе имеется 4 гр. железа. При каждой беременности для развития плода из этого запаса используется 0,2 гр. железа, это приводит к уменьшению гемоглобина крови в организме женщины. Для восполнения запаса утраченного железа требуется 3-4 года времени. Исходя из этого, мы должны объяснить женщинам, что между беременностями должен быть интервал 3-4 года. Кроме того, рождение здорового ребенка зависит от возраста матери. Самый благоприятный возраст от 20 до 35 лет.

Заболевания почек.

Среди экстрагенитальных патологических процессов у беременных, заболевание почек занимает второе место после сердечно-сосудистых. Наиболее часто встречаются пиелонефриты, реже гломерулонефриты, мочекаменная болезнь и аномалия развития почек. Клинические наблюдения показывают, что во время беременности диагностируются 10% пиелонефритов, до 9% гломерулонефритов, 0,1-0,2% мочекаменной болезни. Предполагают, что частота заболеваний почек при беременности несколько выше приведенных данных. Считают, что довольно часто за нефропатию беременных принимают болезни почек, что треть женщин с поздними токсикозами страдает такими почечными заболеваниями, как хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, уретеролитиаз. Несомненным остается факт увеличения числа заболеваний почек в целом среди населения, и в частности среди женщин. Рост численности женщин, больных пиелонефритом и гломерулонефритом, связывают не только с ролью общеперечисленных факторов, таких как наличие хронических очагов инфекции, изменение вирулентности возбудителей, ослабление резистентности макроорганизма, но и с увеличением роли местных причинных факторов - нарушение функции мочевыводящих путей, более частых у женщин вследствие беременности и родов. Общеизвестно, что беременность предрасполагает к заболеваниям почек вследствие нарушения уродинамики мочевыводящих путей, обусловленного изменением топографо-анатомических взаимоотношений по мере роста матки, а также перестройки гормонального статуса (экстрагенов, гестагенов, кортикостероидов).

Заболевания почек оказывают заметное влияние на течение беременности, у 80% женщин развивается поздний токсикоз, почти у половины из них (40 - 48%) в тяжелых формах: нефропатия 2-3 степени, пре- и эклампсия. Патологические процессы в почках вызывают спонтанное прерывание беременности (выкидыши и преждевременные роды), а также рождение незрелых детей, которые погибают в родах или после них.

Дифференциально-диагностические признаки нефропатии, гипертонической болезни, гломерулонефрита и пиелонефрита беременных

Таблица 2

Признак	Нефропатия	Гипертоническая болезнь	Гломерулонефрит	Пиелонефрит
Анамнез	Отсутствие	Заболеваний	Заболевание	Инфекционные

	заболеваний почек и повышения АД до беременности	почек нет и не было, АД повышалось до и в начале беременности и	почек было до беременности	заболевания мочевых путей: цистит, пиелонефрит, дизурические явления были до или в начале беременности
Время появления заболевания или его обострения	Во второй половине беременности. Чаще после 28 недели	До, в начале и в конце беременности и	Острый нефрит и обострение хронического во время беременности редки и возникают независимо от срока беременности	До беременности при любом сроке бер-ти, но чаще во втором триместре
Артериальное давление	Повышается обычно позже 28 недели	Стабильно или повышается в начале и в конце беременности и	При гипертонической и смешанной формах нефрита повышено ,при остальных нормальное	Чаще нормальное, но может быть повышено
Состояние глазного дна	Спазм артерий сетчатки	Спазм артерий ,реже ангиоретинопатия, симптом Салюса, очаговые изменения в сетчатке	Спазм артерий сетчатки при повышенном АД	Спазм артерий сетчатки при повышенном АД
Отеки	Обычно имеются	-	Имеются при нефротической и смешанной формах	Отсутствуют
Диурез	уменьшен	нормальный	Уменьшен при нефротической и смешанной формах	Понижен, реже нормальный

Плотность мочи(проба Зимницкого)	нормальная	нормальная	Нормальная, реже понижена при нарушенной функции почек	Понижена, реже нормальная
протеинурия	Чаще имеется	редко	Имеется от 0,033 г-л при латентной форме до 30 г-л при нефротической форме	Чаще имеется, но меньше 1 г-л
микрогематурия	-отсутствуют	Редко	имеется	- отсутствуют
цилиндрурия	Чаще имеется	- отсутствуют	имеется	редко
Клубочковая фильтрация	Обычно меньше 60 мл -мин	нормальная	Обычно меньше 60 мл-мин	Чаще нормальная
Анализ мочи по Нечипоренко	Выражена цилиндрурия	нормальный	Повышенное колич-во эритроцитов	Повышенное кол-во лейкоцитов
Бактериурия	- отсутствуют	- отсутствуют	- отсутствуют	Больше 100000 клеток 1 мл при обострении процесса

Терапевт женской консультации осуществляет детальное обследование, систематическое наблюдение и лечение беременных, страдающих заболеваниями почек. 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 АД при каждом посещении беременной женской консультации. Большое значение имеет консультация окулиста (исследование глазного дна). 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 бактериурии или пиурии, не поддающейся лечению. Рекомендуется дородовая 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 женской 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.

Заболевания печени и желчных путей.

Во время беременности наблюдается существенная перестройка функций ряда органов и в том числе печени. У соматически здоровых женщин изменения в деятельности печени связаны с адаптацией к беременности и не сказываются отрицательно на их состоянии. У здоровых женщин во время беременности несколько снижается активность аминотрансфераз, ацетилхолинэстеразы, липазы и, наоборот, повышается активность щелочной фосфатазы, нарастает содержание холестерина и фибриногена. Указанные сдвиги не сопровождаются морфологическими изменениями в этом органе. Важно отметить, что беременность и роды нередко приводят к обострению различных заболеваний печени, имевших вне гестации хроническое и латентное течение. При позднем токсикозе беременности наблюдаются существенные изменения деятельности печени: расстройство дезинтоксикационной и белковообразовательных функций. Одним из ведущих признаков, указывающих на заболевание печени, является желтуха. Появление симптома желтухи у беременной расценивается как признак патологического процесса и должен привлечь внимание врача. С практической точки зрения важно уточнить генез желтухи, применить патогенетически обоснованную терапию заболевания, оценить акушерскую тактику ведения заболевшей женщины с учетом того, выявилась ли желтуха во время беременности или её признаки впервые обнаружены в послеродовом периоде. Хронический гепатохолецистит, гепатит, холецистит, желчекаменная болезнь наблюдаются у 2-3% беременных. В случаях нетяжелого течения болезни, при систематическом наблюдении и правильном лечении больных беременность может развиваться и закончиться нормально. Беременные с заболеваниями гепатобилиарной системы находятся под наблюдением акушера-гинеколога женской консультации и терапевтом (во второй половине беременности следует посещать врача не реже 1 раза в неделю). Ведение больных осуществляется консультации и стационаре. Показаниями к госпитализации является до 12 недель, для уточнения диагноза, решение вопроса о продолжении беременности 22-28 недель наиболее частое ухудшение течения процесса, присоединение токсикоза за 2-3 недели до родов, подготовка к родам и обострение воспалительного процесса печени или желчных путей и присоединение акушерской патологии (угроза прерывания беременности, токсикозы и др.) и ухудшение состояния плода.

Среди терапевтических мероприятий особое значение имеют лечебное питание, применение гепатопротекторов, применение желчных препаратов: аллохола (по 1

таблетке 3 р. в день после еды), холензима (по 1 таб.Зр.аза в день до еды), желчегонного чая (по 1/2 стакана Зр. 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 тяжёлом течении заболеваний гепатобилиарной системы возникают показания к прерыванию беременности.

Заболевание эндокринной системы.

Заболевания желез внутренней секреции, протекающие в тяжелой форме, обычно несовместимы с беременностью. Им часто сопутствуют бесплодие и самопроизвольные выкидыши. 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. Во второй половине беременности у 40-50% больных диабетом возникает поздний токсикоз, многоводие (более чем у 30%), признаки самопроизвольного прерывания беременности (примерно у 20%) и др. осложнения, отягощающие течение беременности. 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 др. систем), примерно вдвое выше, чем в общей популяции. Диабетическая неопатия является причиной повышения перинатальной смертности.

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 предположить у беременных с отягощенной наследственностью по данному заболеванию, страдающих выраженным ожирением (2-4 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 определить содержание сахара в крови и моче, ацетона в моче, сахарной кривой с нагрузкой. Женщина подлежит наблюдению акушера, эндокринолога и терапевта (посещение 2 раза в месяц до 32 нед. 1 раз в месяц позднее этого срока). Скрытый диабет является показанием к адекватному лечению. Лечение и рациональное питание определяет эндокринолог, за развитием беременности наблюдает акушер-гинеколог.

Нарушения функции щитовидной железы осложняют течение беременности и повышают риск перинатальной патологии. Беременность может наступить у больных диффузным токсическим зобом (повышенная продукция тиреоидных гормонов), 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. При тяжелом течении заболеваний рекомендуется прерывание беременности и последующее применение

противозачаточных средств. Если беременность сохраняется, то больная должна находиться под наблюдением акушера- гинеколога и терапевта (эндокринолога). Для лечения диффузного токсического зоба используются йодистые препараты, симптоматические средства (препараты валерианы) в соответствующих случаях - сердечные и др. средства. При безуспешности лечения может обсуждаться вопрос о субтотальной струмэктоми. 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 удастся сохранить, то возможно улучшение состояния больной (при правильном лечении). Лечение состоит в применении тиреоидных или сочетании тиреоидина с трийодтиронином. Дозы препаратов зависят от тяжести заболевания. Одновременно проводится лечение сопутствующих осложнений (анемия и др.). Следует отметить, что при гипотиреозе нередко наблюдаются аномалии развития плода (гидроэнцефалия, микседема, болезни 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 др. осложнений. Наблюдаются аномалии плода: Гипертрофия, функциональная незрелость, признаки адреналовой недостаточности.

Артериальная гипертензия у беременных.

Уровень АД выше 140/90 мм.рт.ст. определяется у 5-20% беременных. Повышение АД во время беременности может быть признаком ряда заболеваний гипертонической болезни, стеноза почечных артерий, коарктации аорты, хронического гломерулонефрита или пиелонефрита, феохромоцитомы, синдрома Конна, позднего токсикоза беременности, а также диабетической нефропатии. Дифференциальная диагностика этих заболеваний при беременности обычно представляет определенные трудности, а она нередко важна для выбора дифференцированного лечения. При выявлении АГ (или даже протеинурии при нормальном АД) у беременных их необходимо госпитализировать для уточнения диагноза, решения вопроса о возможности сохранения беременности и проведения адекватного лечения. Беременные, даже с мягкой гипертензией, нуждаются в тщательном и регулярном наблюдении. Они должны посещать врача каждые 2 недели, АД у них следует измерять в одном и том же положении и желателен одним и тем же аппаратом. Беременным со средней и тяжелой гипертензией следует назначать в больничных условиях постельный режим. Рекомендуется положение на левом боку, что способствует снижению АД, мобилизации внесосудистой жидкости, уменьшению секреции катехоламинов, улучшению перфузии почек и увеличению диуреза, увеличению маточного кровотока. Диетические мероприятия при АГ включают повышение потребления белков и витаминов при ограничении потребления углеводов и жиров. Следует ограничить потребление соли до 5 г/сут. Однако при позднем токсикозе имеется

относительная гиповолемия и подчас бессолевая диета и назначение диуретиков могут привести к еще более выраженному уменьшению объема плазмы с утяжелением плацентарной ишемии, нарастанием нарушенной почечной гемодинамики и ухудшением состояния беременной и плода. Беременных, страдающих АГ, следует направлять в родильный дом за 2-3 недели до сроков родов. Беременных с АГ следует осматривать амбулаторно и назначать анализы мочи каждые 2 недели, а после 30-й недели беременности - еженедельно и госпитализировать в родильный дом при нарастании АД, возникновении гипертонических кризов или признаков преэклампсии, стойком ухудшении самочувствия, появлении признаков гиперрефлексии.

Лечение гипотензивными средствами проводят, если уровень диастолического АД превышает 90 мм.рт.ст. в положении сидя (АД в положении лежа у беременных может снижаться на 10-15 мм.рт.ст.) .Целью лечения является не только предупреждение осложнений АГ, но и профилактика позднего токсикоза беременности. Лекарственную терапию при мягкой гипертензии надо назначать беременным старше 35 лет, при наличии у беременной протеинурии, признаков повышения функции тромбоцитов, повышения уровня мочевой кислоты, очень выраженного ожирения или данных о значительном повышении АД при предыдущей беременности, а также при наличии анамнестических данных об акушерских осложнениях при предыдущих беременностях.

Следует иметь в виду, что гипотензивная терапия не всегда позволяет предотвратить наслоение позднего токсикоза, поэтому даже при успешности этого лечения беременные с АГ должны оставаться под тщательным наблюдением.

При выборе гипотензивных средств и их доз следует учитывать, что резкое снижение АД ухудшает маточно-плацентарное кровообращение и что некоторые из препаратов не безразличны для плода. Наиболее давно используют тиазиды, поскольку они дают умеренный гипотензивный эффект, а при задержке жидкости проявляется их мочегонное действие.

Тиазиды проникают через плаценту, но сообщений о повреждающем действии на плод не было, в редких случаях отмечались у новорожденных тромбоцитопения, гипокалиемия и гипонатриемия. В последнее время с появлением новых гипотензивных ЛС диуретики для лечения АГ у беременных применяют все реже.

Тиазиды или тиазидоподобные диуретики назначают обычно либо недельными курсами с недельными перерывами, либо длительно через день. Дозу подбирают индивидуально, она может составлять от 25 до 100 мг/сут. Чтобы избежать развития гипокалиемии при длительной терапии, следует рекомендовать потребление продуктов с высоким содержанием калия или назначать препараты калия внутрь. Калийсберегающие препараты во время беременности назначать абсолютно нежелательно. Петлевые диуретики, только фуросемид, вводят парентерально при неотложных гипертензивных состояниях у беременных. Этакриновая кислота категорически запрещена к применению у беременных женщин.

До сих пор нет единого мнения о возможности применения ББ для лечения беременных с АГ. Весьма хорошие результаты были получены при лечении беременных с мягкой АГ пропранолом в дозе 20-60 мг 4 раза в день. Есть рекомендации применять кардиоселективные ББ, не влияющие на тонус матки. Из всех препаратов наиболее предпочтительным является метопролол в обычных дозировках. Этот препарат увеличивает маточно-плацентарный кровоток; не вызывает существенных побочных

явлений у матери и плода, в среднем масса тела детей при рождении была выше, чем в контрольной группе. Частота преждевременных родов и рождение детей с низкой массой тела была не выше, чем в общей популяции. Но все же применение ББ при АГ у беременных является ограниченно возможным, полагаем, что перспективно их использование с вазодилататорами, что позволяет снизить дозы каждого из ЛС и вероятность возникновения побочных эффектов.

Ингибиторы АПФ категорически запрещены к применению у беременных женщин. Препараты обладают тератогенным действием и дают высокую частоту мертворождений. Кроме того сообщалось о случаях ранней перинатальной смерти и о возникновении острой почечной недостаточности у новорожденных.

Резерпин у беременных не применяют длительно и в дозах более 0,5 мг/сут., а так как он проникает через плаценту и появляется в материнском молоке, то может вызывать у новорожденных усиление секреции в дыхательных путях, застойные явления в слизистой носа, цианоз, анорексию, то его не следует назначать перед родами и после них. Учитывая, что резерпин может вызывать у матери депрессию, его вообще лучше не применять при беременности.

Метилдопа в дозах 0,5-2 г/сут в 3 приема, применяют при беременности довольно часто. Основанием для его широкого применения считают такие свойства, как уменьшение ОПС и поддержание почечного кровотока на достаточном уровне. Противопоказанием к его назначению являются нарушения функции печени. Поскольку метилдопа способствует задержке жидкости в организме, ее следует сочетать с малыми дозами тиазидов. Кроме того, препарат следует применять с осторожностью у беременных с нарушенной функцией почек, так как препарат выделяется путем мочевой экскреции. Метилдопа не рекомендуется применять на 16-20 й неделях беременности из-за возможного влияния препарата на содержание допамина в нервной системе развивающегося плода. Следует иметь в виду, что препарат не предотвращает наложение позднего токсикоза на артериальные гипертонии другого генеза.

Празозин эффективен при АГ беременных и в виде монотерапии в дозах 6-30 мг-сут.

Имеются данные об успешном применении у беременных при тяжелой гипертензии и гипертонических кризах, в том числе рефрактерных к обычным гипотензивным препаратам, сублингвального приема 5-20 мг нифедипина. В отношении длительного применения нифедипина до сих пор нет определенного мнения. Из-за имеющихся сообщениях о его фето- и эмбриотоксичности в экспериментах на животных препарат не назначают для курсового лечения в I и II триместрах беременности. Если препарат все же используют, то на фоне хорошего гипотензивного ответа, оказывается повышенной перинатальная смертность, а у выживших детей была снижена масса тела. Возможность использования у беременных верапамила не подвергается сомнению, тем более из всех антагонистов кальция это самый безопасный препарат, но и он не предотвращает развитие гестоза.

Ступенчатая схема лечения АГ в несколько измененном виде используется и у беременных. В качестве препаратов первой линии выступают метилдопа или метопролол в обычных дозах. Успешным оказалось применение в качестве препарата первой линии и верапамила в дозе 240-480 мг/сут. При недостаточном ответе присоединяют тиазиды в малых дозах в качестве препаратов второй линии. К препаратам третьей линии относят

периферические вазодилататоры: гидралазин по 50-200 мг/сут и празозин в дозе не выше 20 мг/сут.

При лечении беременных важно четко разделить преэклампсию от хронической или транзиторной гипертензии.

Преэклампсия обычно развивается после 20 недель беременности. Этот диагноз базируется на появлении гипертензии или значительном повышении АД сопровождаемом протеинурией, отеками. Диагноз считается точным если систолическое АД увеличивается на 30 мм.рт.ст. или диастолическое на 15 мм.рт.ст., даже если общие цифры не превышают 140/90 мм.рт.ст. Гипертензия и другие признаки преэклампсии отображают патологические изменения вызванные вазоспазмом, которые могут быть причиной поражения почек, печени, мозга, маточно-плацентарного барьера.

Окончательным лечением преэклампсии является прекращение беременности, особенно, если преэклампсия сочетается с судорогами. В противном случае; необходимо ограничение активности, постельный режим и постоянное наблюдение. Снижение потребления соли может уменьшить объем крови, однако в этом случае возможно снижение плацентарного кровообращения. Если начата медикаментозная терапия (диастолическое АД выше 100 мм.рт.ст.), то средством выбора является метилдопа.

Бета-блокаторы показаны для лечения обычной гипертензии у беременных, даже учитывая их влияния на ЧСС плода, обмен глюкозы и задержку роста. Учитывая же вазоспазм при преэклампсии ББ не показаны. Из группы АК в основном используется только нифедипин, хотя нужно помнить ,что этот препарат может индуцировать протеинурию.

В некоторых исследованиях показано, что профилактический прием аспирина в дозе 60-100 мг/сут беременной женщиной, уменьшает риск преэклампсии. Известно, что развитие преэклампсии связано с резким увеличением количества тромбоксана A_2 , аспирин подавляет синтез тромбоксана, тем самым снижая риск преэклампсии.

В 1990 году был предложен тест "поворота" для определения риска преэклампсии у предрасположенных беременных. Этот тест выполняется на 28-29 неделе беременности. Женщина лежит на левом боку 15 минут, у нее измеряется давление на правой руке, до и после 15 минут диастолическое АД не должно разниться более чем на 2 мм.рт.ст. Далее женщина поворачивается на спину и через 5-5,5 минут вновь измеряется АД. Тест считается положительным, если АД поднялось более чем на 15 мм.рт.ст. У 36% женщин с положительным тестом развилась преэклампсия. В группе с отрицательным тестом преэклампсия развилась только у 5%. Прием аспирина снижает риск преэклампсии в группе с положительным тестом с 36 до 12%.

Диазоксид дает выраженный гипотензивный эффект у беременных, но при длительном применении может вызвать задержку натрия и воды у матери, а также гипоксию, гипергликемию, гипербилирубинемия и тромбоцитопению у плода, поэтому не следует длительно использовать этот препарат. Диазоксид относится к препаратам, которые следует назначать толь по жизненным показаниям.

Диазоксид в дозе 150-300 мг при в/в введении эффективно купирует гипертонические кризы беременных, в родах его не рекомендуется вводить в связи с его токолитическим действием. Учитывая возможность резкого снижения АД, лучше вводить медленно сначала 150 мг и при необходимости добавлять по 60 мг дважды, либо вводить

болюсом по 30 мг каждую минуту, измеряя ежеминутно АД, при достижении желаемого уровня АД введение диазоксида прекращают.

Гидралазин вводят только при гипертонических кризах и эклампсии, в/в, дозу подбирают индивидуально, начиная с 20 мг, продолжая инфузию со скоростью от 2 до 20 мг/час, под контролем АД каждые 5-20 минут, а затем каждые 15-30 минут. Учитывая массу побочных явлений, нужно помнить, что гидралазин является препаратом только неотложной терапии у беременных с АГ или эклампсией.

В неотложных ситуациях (гипертонический криз, острая сердечная недостаточность с отеком легкого) возможно в/в введение нитропрусида натрия, нитроглицерина. Есть данные об успешном действии в/в введения верапамила при тяжелой послеродовой гипертензии.

При позднем токсикозе беременных гипотензивные ЛС не всегда достаточно эффективны. Поэтому сохраняют своё значение сульфат магния и аминазин. При преэклампсии и эклампсии эти препараты вводят в/в. Медленно вводят 4 г магния сульфата в 100 мл 5% раствора глюкозы, затем, если необходимо, проводится поддерживающее в/в введение. Существует и другая методика: 4 г сульфата магния вводят в 20 мл 20% раствора глюкозы в течение 3-5 минут. Затем в каждую из ягодичных глубоко вводят по 10 мл 5% раствора препарата. После этого под контролем сухожильных рефлексов и частоты дыхания (более 16 в минуту) вводят каждые 4 часа по 5 г магния сульфата поочередно в каждую ягодичную при условии, что 4-часовой диурез составляет не менее 100 мл. Хотя максимально допустимой дозой сульфата магния считается 20 г, у некоторых беременных признаки передозировки препарата (исчезновение коленных и других сухожильных рефлексов, снижение частоты дыхания) появляются и после введения меньших доз. В таких случаях в качестве антидота следует ввести в/в 10 мл 10% раствора глюконата кальция. Возможно (в отсутствие диабетической нефропатии) в/в введение 25-50 мг аминазина, применяют и промедол. В Англии при эклампсии широко используют эпидуральную анальгезию и в/в капельное введение диазепама (седуксена). При эклампсии применяют также барбитураты короткого действия, седуксен (20-30 мг в/в медленно, а затем капельно 30 мг в 500 мл 5% глюкозы). дроперидол (не применять при диабетическом гломерулосклерозе), фторотан.

При лечении позднего токсикоза беременных приходится прибегать к инфузионной терапии, которую называют также гемодилюционной, гемореологической, онкотическо-осмотической в зависимости от преобладающего направления действия вводимых растворов. С этими целями вводят реополиглюкин, полиглюкин, человеческий альбумин, используют трентал, курантил, компламин. При появлении симптомов ДВС-синдрома проводят соответствующую терапию.

Рекомендуется прерывание беременности через 24-48 ч после прекращения экламптических судорог. Если же в течение суток не удастся с помощью интенсивной терапии устранить преэклампсию, беременность также должна быть прервана либо индукцией родов, либо кесаревым сечением.

Женщинам, перенесшим тяжелую преэклампсию или эклампсию, следует посоветовать предохраняться от беременности в будущем или решать вопрос о стерилизации.

При некоторых вторичных гипертензиях проводится наряду с гипотензивной терапией этиологическое и патогенетическое лечение. Применяемые для лечения

хронического гломерулонефрита препараты (ГКО в больших дозах, цитостатики, аминохинолины, индометацин, иммунодепрессанты) при беременности не используют из-за их повреждающего действия на плод. Очевидно, наиболее приемлемым при беременности препаратом, позволяющим предупредить отложение фибрина в почках, является гепарин, который вводят по 20000 ЕД/сут в течение 20-40 дней. С этой же целью возможно применение малых доз аспирина и дипиридамола.

Важную роль в лечении хронического пиелонефрита и особенно его обострений играют антибактериальные препараты. В I триместре приходится ограничиваться применением природных и полусинтетических пенициллинов в высоких дозах (пенициллин 8-10 млн/сут, ампициллин 2 г/сут, карбенициллин 4 г/сут) в течение 8-10 дней. При их неэффективности возможно использование цефалоспоринов (клафоран, кефзол) по 0,5-1 г 3-4 раза в сутки, 5-10 дней.

Во II и III триместрах можно применять и другие антибиотики, за исключением аминогликозидов, левомицетина, тетрациклинов. Из перечисленных, только аминогликозиды могут применяться в крайних ситуациях исходя из интересов матери.

При диабетическом гломерулосклерозе проводят лечение сахарного диабета и пиелонефрита.

Роды при артериальной гипертензии, следует вести через естественные родовые пути с применением анальгезии. В родах и особенно во время схваток и потуг повышается АД, поэтому у беременных с АГ желателно перед родами добиться нормализации АД или по крайней мере значительного приближения его к нормальному уровню. Возможно использование управляемой гипотонии как описано выше.

Вне зависимости от происхождения АГ при значительном стойком повышении АД с тяжелыми изменениями глазного дна, при развитии сердечной, коронарной или почечной недостаточности, при возникновении нарушений мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния в мозг необходимо прерывание беременности по жизненным показаниям, в ранние сроки посредством операции искусственного аборта, позже - путем абдоминального кесарева сечения и лучше после снижения АД до уровня, близкого к нормальному.

Медикаментозная и немедикаментозная терапия в период беременности.

В последние годы опубликованы результаты многочисленных исследований, освещающих 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 ССС, 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, безвредны 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.

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 учитывать следующее:

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 ЖКТ во время беременности существенно не изменяется, но концентрация их в крови меньше, чем у небеременных, в связи с увеличением количества плазмы. В тоже время наблюдается снижение интенсивности метаболизма некоторых лекарств в печени и более медленное выведение их почками и с желчью. Известно, что в определенные периоды жизни (детство, старость), а так же 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 к различным препаратам неодинаков. Довольно высок индекс проницаемости плаценты для наркотических препаратов ряда нейролептических средств, салицилатов, сульфаниламидных и других препаратов. Имеются сведения о чрезвычайно быстром переходе к плоду тиопентал натрия, 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. Однако установлены некоторые особенности, заслуживающие серьезного внимания. Известно, что метаболизм медикаментозных средств (и их обезвреживание) происходит в основном в печени при помощи ферментов, локализирующихся в эндоплазматических мембранах ретикуломы. У плода метаболизм лекарств замедлен и совершенен в связи с незрелостью ферментативных систем печени, поэтому возможно накопление лекарственных препаратов и продуктов метаболизма в органах к тканях плода (в ткани мозга, костной и др. систем). 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.

4. Отмечается монотонность ответных реакций организма в антенатальном периоде

на действие химиотерапевтических препаратов. В ранних стадиях возможны задержка роста, аномалии развития, в более поздних - замедление развития, которое может иметь разные исходы. Клинические наблюдения позволяют считать, что терапевтические дозы не оказывают отрицательного действия на развитие плода и новорожденного ребенка. По-видимому, нарушение процессов обмена веществ, дефицит или избыток эндогенных гормонов, интоксикация, инфекция, гипоксия, повышение температуры тела и др. факторы.

На основании изложенного можно сделать вывод, что;

- Применение лекарств в период беременности вполне допустимо и необходимо при наличии показаний
- Желательно использовать небольшие дозы и в период, когда это необходимо.
- Профилактические назначения лекарственных средств во время беременности нецелесообразно.

О возможности положительного действия на плод медикаментозных средств, вводимых в организм матери, свидетельствует опыт профилактики гипоксии плода. Кислород, Глюкоза, кордиамин и др. сердечные средства переходят из организма матери к плоду, способствует устранению или уменьшению клинических проявлений гипоксии и улучшению функций тех органов и систем, которые особенно чувствительные к недостатку кислорода.

Иммунизация во время беременности представляет собой сложную задачу. Сложность вопроса состоит также в том, что изменения в организме беременной, связанные с иммунизацией, могут оказать нежелательное действие на плод.

Известно, что 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 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.

Применение убитых вакцин требует обычно повторного введения в связи с их пониженной иммуногенностью. Повторная вакцинация сопряжена с риском возникновения аллергических реакций, неблагоприятных для матери и плода.

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

При необходимости иммунизации в период беременности допустимо применение убитых - вакцин при особых обстоятельствах, но предпочтительно использовать гамма-глобулин. Последний содержит антитела против вирусов – кори, Гриппа, полиомиелита, стафилококковый α -токсин, дифтерийный и столбнячный анти毒素 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 к стафилококковой инфекции и снижении числа заболеваний септической этнологии. Опубликованы также данные о недостаточной эффективности иммунизации, особенно в отношении повышения резистентности к стафилококку плода и новорожденного.

Особенности фармакокинетики ЛС в организме плода

- 60-80% крови пупочной вены проходит через воротную вену в печень, 20-40% минуя печень, вливается в нижнюю полую вену. Поэтому, часть ЛС минуя печень, достигает мозг и сердце.
- ЛС метаболизируются в равной степени и в печени и в надпочечниках. У плода активность окислительных и глюкуронирующих ферментов низкая, сульфатирующих ферментов высокая.
- Низкая степень связывания ЛС с белками плазмы.
- ЛС из организма плода выводятся главным образом через плаценту, почкам отводится второстепенная роль в выведении ЛС.

Применение антибиотиков во время беременности

Таблица 3

Группы ЛС	Сроки (триместры) беременности		
	1-3 месяц	3-8 месяц	Последние недели
Пенициллины	+	+	+
Цефалоспорины	+	+	+
Карбопенемы	+	+	+
Макролиды	+	+	+
Линкомицин	+	+	+
Фузидин	+	+	+
Ванкомицин	+Энтерально можно (+Э); -Парентерально нельзя (-П)	+Э; -П	+Э; -П; нефротоксичность, ототоксичность
Полимиксины	+Э; -П	+Э; -П	+Э; -П; нефротоксичность
Аминогликозиды	-	-	-ототоксичность, нефротоксичность
Тетрациклины	-	-	-нарушение развития скелета, зубной эмали
Левомецетин	-	-	-апластическая

			анемия
Рифампицин	-	-	-тератогенное действие
Фторхинолоны	-	-	-нарушение развития хрящей и суставов
Сульфаниламиды	+	+	- гипербилирубинемия новорожденных, гемолитическая анемия
Нитрофураны	-	-	-печеночная, почечная недостаточность, гемолитическая анемия
Производные 8-оксихинолина (5-НОК)	-	-	-нейротоксическое действие
Противогрибковые	+Местно можно(+М) -ПЭ	-ПЭ; +М	-ПЭ; +М; гепатотоксическое действие
Противовирусные ЛС: -ламивудин -интерферон -рибавирин	- - -	- - -	- - -

Применение НПВС во время беременности

Таблица 4

Препараты	Сроки (триместр) беременности		
	1-3 месяц	3-8 месяц	Последние недели
Аспирин	-	+	-перенашивание, слабость родовой деятельности, риск кровотечения
Парацетамол	-	+	
Индометацин	-	+ мин.дозах	-перенашивание, риск кровотечения, преждевременное закрытие Баталова протока, нарушение
Вольтарен	-	+ мин. дозах	

			функции почек
ГКС	+ мин. дозах	+ мин. дозах	+ мин. дозах, надпочечниковая недостаточность, расчленение неба
Делагил	-	-	-
Препараты золота	-	-	-
Д-пеницилламин	-	-	-

Применение гипотензивных ЛС во время беременности

Таблица 5

Группы ЛС	Применение во время беременности
Центральные Альфа-агонисты	+
Ганглиоблокаторы	+
Симпатомиметики	- ринорея, бронхорея
Бета-адреноблокаторы	- нарушение маточно-плацентарного кровообращения, брадикардия, нарушение дыхания
Антагонисты кальция	+
Венозные вазодилататоры – нитраты	+
Артериальные вазодилататоры – апрессин	+
Смешанные вазодилататоры – натрий нитропруссид	+
Ингибиторы АПФ	- тератогенное действие
Антагонисты ангиотензина II	- тератогенное действие

Применение диуретиков во время беременности

Таблица 6

Группы ЛС	Применение во время беременности
Ингибиторы карбоангидразы	- аномалии развития конечностей
Прямые и непрямые антагонисты альдостерона	- тератогенное действие
Тиазидовые диуретики	- гипонатриемия, тромбоцитопения, желтуха новорожденных
Петлевые диуретики - урегит	- тугоухость новорожденных, гипогликемия, гибель плода
- фуросемид	+

Значение витаминов во время беременности

Таблица 7

Витамины	Аномалии развития плода
Гиповитаминоз А	Аномалии развития глаз, мочеполовых органов
Гипервитаминоз А	Расщепление неба, анэнцефалия
Гиповитаминоз В	Расщепление неба, пороки сердца, гидронефроз, гидроцефалия
Гиповитаминоз С	Преждевременный выкидыш
Гипервитаминоз С	
Гипервитаминоз Е	Аномалии развития мозга, глаз и скелета

Применение антикоагулянтов во время беременности

Таблица 8

Группы ЛС	Влияние на плод
Прямые антикоагулянты	Не влияют на плод
Непрямые коагулянты	Кровоизлияния во внутренние органы и оболочки мозга

Применение гипогликемических ЛС во время беременности

Таблица 9

Группы ЛС	Влияние на плод
Инсулин	Не влияет на плод
Производные сульфаниламочевина (толбутамид, хлорпропамид)	Микрофтальмия, анофтальмия, катаракта, анэнцефалия

Питание беременной женщины.

Ни одно известие не вызывает такого смятения в женской душе, как известие о беременности. Вы начинаете по-новому смотреть на мир, на близких людей и, конечно же, на себя. И сколько сразу возникает проблем, сколько вопросов... один из основных - как мне теперь питаться? Кругом информации на эту тему, но как разобраться в ней, как найти золотую середину среди такого количества мнений, зачастую прямо противоположных?

Каждая будущая мама слышана о том, что правильное питание является одним из необходимых условий нормального течения беременности, роста и развития плода.

Ошибки в питании беременной женщины могут не оказывать заметного влияния на ее организм, но для ребенка чреваты самыми тяжелыми последствиями.

Исследования, проведенные Гарвардской школой Общественного здоровья, показали, что 95% женщин, соблюдающих соответствующую диету во время беременности, родили здоровых детей. Тогда как только 8% женщин, питающихся неправильно, родили здоровых детей, а у 65% из них дети родились недоношенными, физиологически незрелыми, или с врожденными недостатками.

Другие исследования показали, что питание женщины имеет влияние на развитие органов у ее ребенка, на течение беременности, на эмоциональное состояние, на течение родов и даже послеродовой период. Согласитесь, что наше обычное питание довольно однообразно. Более того, во все времена было крайне сложно обеспечить беременных женщин разнообразными компонентами полноценного питания. Нашим прабабушкам выбирать не приходилось - ели то, что обычно, иногда 1-2 раза в день, и дети тем не менее рождались нормальными и здоровыми. Так нужно ли прикладывать усилия, чтобы составить и поддерживать полноценный рацион питания?

Сравните современную пищу с тем, чем питались наши предки.

Промышленная переработка продуктов начисто лишает их природных компонентов. Природа позаботилась о том, чтобы при любых обстоятельствах будущий ребенок получал необходимые для развития вещества, из нашего же организма, который обладает огромными компенсаторными возможностями. Но если вы не будите пополнять свои запасы, ваш организм отреагирует на это повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, отдышкой, нарушением аппетита, токсикозами и т.д. И, наконец, самый главный довод, если повседневное питание беременной женщины настолько скудное, что даже ее собственному организму нужна экстренная помощь, то о каком здоровье ребенка может идти речь. Важнейшее условие правильного питания - не количество еды, а разнообразие и хорошая усвояемость продуктов. Именно эти качества пищи обеспечивают нормальное снабжение развивающегося плода необходимыми питательными веществами. Беременным женщинам не следует резко менять свои привычки, если, конечно, среди них нет пристрастия к алкоголю. Не следует прислушиваться к многочисленным советам подруг, рекомендующих, например, ежедневный салат из одуванчиков. Будущим мамам следует быть более внимательным к своим желаниям в еде, чем обычно, прислушиваться к ним и не стесняться сказать о них мужу или близким. Это тот случай, когда «капризы» не только простительны, но и полезны. Ведь желание съесть что-то особое (например, мел, глину, известь) надо расценивать не как странность, причуду, а скорее как признак нехватки некоторых веществ для создания новой жизни, и относиться к такому желанию нужно серьезно. Поэтому если беременной вдруг захочется селедки, лимона, черной редьки, кислой капусты с растительным маслом и т.д., непременно необходимо обеспечить ее именно этими продуктами. Меню беременных женщин должно по возможности включать все основные виды продуктов: молоко и молочные продукты, мясо и мясопродукты, рыбу, птицу, яйца, хлеб, макароны и крупы, овощи, ягоды и фрукты, соки, кондитерские изделия. Помните, нет продуктов абсолютно плохих или, наоборот, абсолютно хороших. И лишь их сочетание в разумных количествах может обеспечить будущую мать и плод всеми необходимыми питательными веществами. Рацион беременной женщины должен содержать в достаточном количестве всех незаменимых пищевых веществ – аминокислот

важным источником которых служат различные продукты животного происхождения – мясо, молоко, рыба, а также бобовые – фасоль, соя, горох, полиненасыщенных жирных кислот, которые поступают в организм в составе растительного масла, а также жиров, круп, витамины, минеральные соли и микроэлементы, источником которых служат самые разнообразные виды продукты – от мяса, рыбы и яиц до овощей, фруктов и круп. Если в первой половине беременности нет особой необходимости в каких-либо жестких ограничениях в питании, то во второй половине целесообразно ограничить прием жидкости (до 3-4 стаканов в день, включая суп, молоко, чай и другие напитки) и соли (готовить блюда без соли и досаливать их в небольшом количестве на столе). Это необходимо для профилактики отеков и нормализации артериального давления. В этот период, важно также использовать щадящую кулинарную обработку блюд – отваренная или тушеная (а не жаренное) мяса и рыбы. Постарайтесь более тщательно, чем раньше пережевывать пищу: оптимально жевать каждый кусочек 30-50 раз. Не наедайтесь перед сном. Этим вы улучшите процесс пищеварения, и ваш организм получит намного больше питательных веществ. Очень важно обеспечить регулярное опорожнение кишечника, что необходимо для освобождения организма от продуктов неполного окисления, образующихся в организме матери и плода. С этой целью следует шире использовать в питании продукты, богаты растительные волокнами, стимулирующими двигательную активность кишечника. К числу таких продуктов относятся хлеб из муки грубого помола (ржаной, украинский и д.т.), особенно обогащенный отрубями (докторские булочки, белково-отрубной хлеб и т.д.) ; гречневая, овсяная, перловая крупы; многие овощи и фрукты.

Важнейшие питательные вещества.

КАЛЬЦИЙ.

Без этого вещества невозможно правильное формирование костных тканей и зубов ребенка, которое начинается примерно с 6-недели беременности. Кальция вам потребуется в 2 раза больше обычного. Его основные источники сыр, молоко, творог, зеленые овощи. Поскольку в молочных продуктах много жиров, старайтесь по возможности есть обезжиренный творог, снятое молоко, лакту и т.п.

БЕЛКИ.

Во время беременности потребность в белках увеличивается, поэтому старайтесь съедать больше продуктов с высоким содержанием протеина. Рыба, мясо, орехи, бобовые и молочные изделия - всё это богато белками. В животных продуктах также немало жиров, а их потребление желательнее ограничить. Поэтому мясо должно быть постным, а яйца свежие, но ни в коем случае не сырые.

ВИТАМИН С.

Способствует укреплению плаценты, повышает сопротивляемость организма, помогает усвоению железа. Содержится в свежих фруктах и овощах. В организме не накапливается, вот почему поступление витамина С должно быть постоянным. Длительное хранение и кулинарная обработка продуктов разрушает его, поэтому продукты покупайте свежие, а овощи варите на пару или ешьте сырыми.

КЛЕТЧАТКА.

Клетчатка должна составлять значительную часть вашего ежедневного рациона, так как она предупреждает запоры, частые во время беременности. Главные поставщики клетчатки - фрукты и овощи, которых вы можете есть много. Не увлекайтесь отрубями -

они мешают усвоению других питательных веществ. Источником получения клетчатки и без того достаточно.

ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА.

Необходима для развития центральной нервной системы ребенка, особенно в первые недели. Организм этим веществом не запасается, а во время беременности потребность в нем возрастает во много раз, поэтому очень важно, чтобы в ваше меню оно попадало ежедневно. Богатый источник фолиевой кислоты- свежая зелень и овощи.. Их надо готовить на пару или есть сырыми, так как значительная часть при варке разрушается.

ЖЕЛЕЗО.

Железа требуется много. Ребенок накапливает его в своем организме для развития после рождения. Кровь, вырабатываемая организмом матери, должна быть насыщена железом. Из животных источников пищи железо усваивается легче, чем из растительных (бобы, сушеные фрукты). Если вы не едите мяса, употребляйте другие продукты, богатые железом - печень, но в ней много витамина, избыток которого не безопасен для плода. Поэтому блюд из печени следует избегать.

ОГРАНИЧЕНИЯ В ПИТАНИИ.

Существует целый ряд продуктов, которые будущей маме в любом случае нужно избегать уже в самом начале беременности. Это, прежде всего содержащие вредные для будущего малыша вкусовые добавки и «пустые» калории промышленные продукты питания:

- *мясные и рыбные консервы
- *копчености
- *соления
- *продукты в вакуумной упаковке
- *любые колбасы и сосиски
- *куриные рулеты
- *рыбные и крабовые палочки

В течение всей беременности рекомендуется ограничивать вводимых с пищей рафинированных углеводов (сахара, мука высоких сортов, кондитерских изделий, конфет), так как они могут вызвать аллергии и у матери, и у плода, нарушить обменные процессы, приводить к развитию ожирения у беременных и избыточной массе новорожденных.

Во второй половине беременности следует также уменьшить употребление маринованных продуктов, крепких мясных бульонов, горчицы, хрена, других острых блюд и приправы, ухудшающие функцию печени.

Из напитков следует исключить домашние наливки и настойки (как и любой алкоголь), а также отказаться от привычки пить кофе по утрам, заменяя его на отвар шиповника или некрепкий чай с варением.

РЕЖИМ ПИТАНИЯ.

В первой половине беременности рекомендуется 4-разовый прием пищи (1-ый завтрак составляет 30% суточный калорийности рациона, 2-ый завтрак-15%, обед-25%, ужин-20%). Во второй половине беременности для уменьшения давления на плод нужно на 5-6 разовое питание(соответственно меньшими порциями).

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКТОВ НА ДЕНЬ ДЛЯ ВТОРОГО/ТРЕТЬЕГО ТРИМЕСТРА.

Рыба-200г
Мясо-100-110г
Творог нежирный-200-250 г
Молоко 1,5% жирности-300г
Сметана-20г
Масло сливочное-10-15г
Масло растительное-20г
Яйцо-1шт
Сахар-30г
Хлеб ржаной-100-150г
Пшеничный с отрубями-100г
Крупа гречневая-50г
Картофель-150-180г
Капуста-100г
Цветная капуста или брокколи-100г
Свекла-100г
Лук репчатый-35г
Томаты, огурцы и другие овощи-250г
Фрукты и ягоды - не менее 300г
Изюм, курага или инжир-100г

При нормальном течении беременности увеличение массы тела беременной, в первую очередь, происходит за счёт развития плода, увеличения размеров матки, количества околоплодных вод, молочных желез, нарастания объема жидкости и крови в организме, и в последнюю очередь- за счет накопления жира (1,5-2,7 кг.). Для более точной оценки допустимой прибавки в весе за беременность можно воспользоваться следующими данными. Для начала следует рассчитать свой индекс массы тела (ИМТ) по следующей формуле: исходный вес(кг) поделить на квадрат роста (м). Согласно полученному результату, если ИМТ меньше 19, то масса тела считается сниженной. Если ИМТ в пределах 19-26 - масса тела нормальная. Если ИМТ больше 26- масса тела избыточная. Если вы вдруг заметили, что у вас отмечается излишняя прибавка массы или темпы роста носят чрезмерный характер, то обратите внимание, не появились ли в вашем рационе случайно такие продукты, которые весьма целесообразно исключить из диеты на время беременности, а именно: джем, варенье, мармелад, шоколад, шоколадные бисквиты, кексы, пирожные, пирожки, крем, сливочное мороженное, фрукты в сахаре, а также чипсы, хрустящий картофель, сосиски, колбасы, жирное мясо, майонез. Так что если до беременности здоровое питание не являлось частью вашего образа жизни, вам в первую очередь придется сделать выбор- принять вызов или оставить все по- старому . но если взвесить результаты дополнительных усилий, а именно больше шансов, малыш родиться с великолепным здоровьем; что роды пройдут легко и без осложнений, и вы быстрее вернете силы и здоровье после родов - вероятно, можно согласиться, что этот вызов стоит принять.

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 специальностей.

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

1. Ревматический эндомиокардит
2. Затяжной или подострый септический эндокардит
3. Острый миокардит (инфекционный, инфекционно-аллергический)
4. НК 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 ее аневризматическими изменениями.
14. Гипертоническая болезнь II, III стадии, злокачественная гипертония
15. Гипертоническая болезнь II 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 течении нескольких дней
19. Выпотной плеврит

20. Пиелонефрит, если имеются почечная недостаточность, стойкая артериальная гипертензия 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 появившиеся до беременности, если процесс двусторонний, гидронефроз единственной почки
23. Пионефрит, если имеются признаки хронической почечной недостаточности
24. Единственная почка при наличии азотемии, пиелонефрита, гидронефроза, гипертензии, 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 Шейлейна-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 (т.к. он является инсулинорезистентным и сопровождается исключительно высокой смертностью)
43. Тиреотоксикоз тяжелой и средней степени тяжести при отказе от струмэктомии
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 повторяющаяся, отек легких у беременных с митральным стенозом при отказе от комимуротомии.
3. Коарктация аорты, осложненная ее аневризматическими поражениями

4. Гипертоническая болезнь III ст., злокачественная гипертония
5. Реноваскулярная гипертония
6. Тяжелое астматическое состояние
7. Пиелонефрит с почечной недостаточностью и единственной почкой
8. Острый гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит с почечной недостаточностью
9. Единственная почка при наличии почечной недостаточности или гидронефроза
10. Гипопластическая и апластическая анемия
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. Феохромоцитома
16. Хроническая недостаточность надпочечников, не купирующаяся кортикостероидами

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