

Особенности течения заболеваний у беременных. Тактика ВОП.

**Лектор: доктор медицинских наук
Казымов Максут Советович,
кафедра общей врачебной практики**

ПЛАН

- Беременность и ССЗ
- Беременность и заболевания мочеполовой системы
- Беременность и СД
- Беременность и ЖДА
- Беременность и АГ
- Беременность и БА
- Беременность и ХГ

При первом знакомстве врача-терапевта с пришедшей к нему на прием не беременной, но желающей родить ребенка женщиной необходимо решить следующие вопросы:

может ли вообще эта женщина забеременеть?

- сбор анамнеза жизни и перенесенных заболеваний;
- сбор наследственного анамнеза;
- необходимо выяснить, не страдает женщина заболеваниями, полностью исключающими возможность беременности (генетические, врожденные заболевания, врожденные аномалии органов малого таза);

МОЖЕТ ЛИ ОНА ВЫНОСИТЬ И РОДИТЬ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА?

- наличие сопутствующих заболеваний, при которых невозможно выносить и родить;
- наличие инфекционных заболеваний;

**не усугубит ли беременность какую-либо
хроническую соматическую патологию?**

□ Для объективного анализа состояния женщины рекомендуется пройти лабораторно-инструментальное обследование, включающее в себя следующие пункты:

- *-анализ крови на определение группы крови, резус-фактора матери;*
- *-развернутый клинический анализ крови;*
- *-биохимический анализ крови и электролитов, сахар крови;*
- *-коагулограмма;*
- *-анализ крови на гепатит, на наличие антител к краснухе, обследование на ВИЧ-инфекцию и реакцию Вассермана;*

- -анализ крови на токсоплазмоз и цитомегаловирус, вирус простого герпеса;
- -медико-генетическое обследование;
- -общий анализ мочи;
- -вирусологическое и бактериологическое исследование (методом полимеразноцепной реакции -ПЦР);
- -УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
- -ЭКГ, ЭхоКГ;
- -флюорография органов грудной клетки;
- -консультации специалистов (стоматолог, окулист и т.д.).

Заболевания сердечно-сосудистой системы

В последнее время беременных с заболеваниями сердца, к сожалению, становится все больше, и основное место среди них занимают пороки сердца.

Основные задачи при обследовании беременных с пороками сердца, которые стоят перед участковым терапевтом:

- -тщательный сбор анамнеза (в том числе акушерского);
- -установление акушерского диагноза;
- -распознавание признаков нарушения кровообращения;
- -распознавание ревматизма, его активности;
- -выявление очаговой инфекции, других сопутствующих нарушений.

Ведение беременности при пороках сердца

1. Явки в женскую консультацию:

- -не реже 1 раза в месяц в 1-й половине;
- -не реже 2 раз в месяц во 2-й половине.

2. Обследование- по назначению терапевта:

- -ЭКГ, ЭхоКГ, мониторинг ЭКГ.

Плановая госпитализация беременных с ССЗ

- **I** госпитализация в кардиологический стационар - 8-10 недель беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности ее сохранения.
- **II** **плановая** госпитализация в кардиологический стационар с патронажем акушера–гинеколога - 28-29 недель беременности для наблюдения за состоянием ССС и при необходимости для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических гемодинамических сдвигов.
- **III** **госпитализация** в родильный дом - 37-38 недель беременности для подготовки к родам и выбора вида родоразрешения.

Заболевания мочеполовой системы

Причины, способствующие возникновению пиелонефрита:

- гормональные изменения, свойственные беременности;
- сдавление мочеточников растущей маткой;
- наличие очагов инфекции в организме;
- значительное замедление пассажа мочи;
- расширение, удлинение, искривление мочеточников;
- дизурия, увеличение мочевого пузыря в объеме.

Различают острый и хронический пиелонефрит.

Появление или обострение пиелонефрита чаще происходит в 22-28 нед беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов.

Наиболее распространенные сроки обнаружения пиелонефрита во время беременности и в послеродовом периоде:

-24-29 нед;

-32-34 нед;

-39-40 нед;

-2-5-й дни после родов;

-10-12-й дни после родов.

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска по Шехтману по возникновению осложнений во время беременности и родов.

I степень - женщины с острым ПН, возникшим во время беременности.

II степень - беременные с хроническим ПН.

III степень - беременные, страдающие ПН в сочетании с артериальной гипертензией или азотемией, или беременные с ПН при наличии единственной почки.

Госпитализация показана:

- при возникновении осложнений беременности- в отделение родильного дома;
- при обострении пиелонефрита на любом сроке беременности- в специализированный стационар или в наблюдательное отделение родильного дома;
- в критические сроки (22-28 нед) – для обследования и определения функционального состояния почек в отделение урологии;
- при выявлении гипоксии или гипотрофии плода- в отделение родильного дома.

Программа ведения беременных с пиелонефритом

1. Явки: 3-4 раза в месяц.

2. Обследование:

-ОАМ- 2 раза в месяц;

-ОАК- 1 раз в месяц;

-проба на Нечипоренко- 1 раз в 4 мес; -офтальмоскопия- 1 раза в 4 мес;

-биохимический анализ крови (мочевина, остаточный азот, общий белок, холестерин)- при обострении;

-УЗИ почек.

БЕРЕМЕННОСТЬ И СД

- ▣ **Сахарный диабет (СД)** — это синдром хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, сочетающийся со специфическими микро- и макрососудистыми осложнениями, нейропатией и другими патологическими изменениями в различных органах и тканях. (Дедов И.И. и др., 2006)

- ▣ **Прегестационный сахарный диабет (ПСД)** - СД 1 типа или СД 2 типа, нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) и другие типы СД выявленный до беременности. ПСД в 90% случаев представлен именно СД 1 типа. Гипергликемия, выявленная в I триместре беременности, чаще всего свидетельствует о манифестировании истинного сахарного диабета, начавшегося до беременности. (Дедов И.И. и др., 2006)

▣ **Гестационный сахарный диабет (ГСД)** - СД любой этиологии или нарушение толерантности к глюкозе, впервые возникшие или выявленные во время беременности. Он развивается, как правило, в сроке беременности (24-28 недель) и прекращается с завершением беременности. Заболевание нередко протекает бессимптомно и выявляется только при лабораторном исследовании. ГСД встречается у 2-8% беременных женщин.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

Типы сахарного диабета у беременных

1. Прегестационный СД

- а) СД 1 типа, выявленный до беременности**
- б) СД 2 типа, выявленный до беременности**
- в) другие типы СД**

2. Гестационный СД

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Различают следующие формы прегестационного диабета (по Дедову И. И. и др., 2006):

- СД лёгкой формы — СД 2 типа на диетотерапии без микрососудистых и макрососудистых осложнений;
- СД средней тяжести — СД 1 и 2 типа на сахароснижающей терапии без осложнений или при наличии начальных стадий осложнений:
 - ◇ диабетическая ретинопатия, непролиферативная стадия;
 - ◇ диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии;
 - ◇ диабетическая полинейропатия.
- СД тяжёлой формы — лабильное течение сахарного диабета (СД). Частые гипогликемии или кетоацидотические состояния;
- СД 1 и 2 типа с тяжёлыми сосудистыми осложнениями:

КЛАССИФИКАЦИЯ ГСД

В зависимости от применяемого метода лечения:

- ◇ компенсируемый диетотерапией;
- ◇ компенсируемый с помощью диеты и инсулинотерапии.

● По степени компенсации заболевания:

- ◇ компенсация
- ◇ декомпенсация

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ

ГСД:

- Избыточная масса тела или ожирение (ИМТ >25 кг/м²)
- Прибавка массы тела более чем на 10 кг после 18 лет;
- Возраст женщины на момент беременности более 30 лет
- Этническая принадлежность (группа риска- лица, имеющие азиатское или средневосточное происхождение, испанцы, индейцы, тихоокеанские островитяне, афроамериканцы)
- Семейный анамнез в отношении СД
- Нарушенная толерантность к глюкозе
- Глюкозурия во время предшествующей или данной беременности
- ГСД в анамнезе
- Гидрамнион и/или рождение ребенка с массой тела более 4500 г или мертворождение в анамнезе
- Быстрая прибавка массы тела во время данной беременности

КЛАССИФИКАЦИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГСД (М. НОД, ДОПОЛНЕННАЯ)

Класс	Лабораторная характеристика гликемии	Лечение
A0	Натощак (базальная) 3,3-5,5 ммоль/л Нарушение теста толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы (1 показателя)	Диета
A1	Натощак (базальная) < 5,6 ммоль/л Через 2 ч после еды (постпрандиальная) < 7,8 ммоль/л Нарушение теста толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы (2 или 3 показателя).	Диета

<p>A2</p>	<p>Натошак (базальная) 5,6-6,1 ммоль/л Через 2 ч после еды (постпрандиальная) 7,8-8,0 ммоль/л Нарушение теста толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы (2 или 3 показателей).</p>	<p>Диета Инсулинотерапия (инсулин короткого действия перед основными приемами пищи) если: -базальная гликемия >5,8 ммоль/л постпрандиальная гликемия >7,8 ммоль/л</p>
<p>B1</p>	<p>Натошак (базальная) > 6,1 ммоль/л Через 2 ч после еды (постпрандиальная) >8,0 ммоль/л</p>	<p>Диета Инсулинотерапия (базис-болюсный режим-3 инъекции инсулина короткого действия, 1 инъекция инсулина пролонгированного действия)</p>
<p>B2</p>	<p>Натошак (базальная) > 6,1 ммоль/л Через 2 ч после еды (постпрандиальная) >8,0 ммоль/л</p>	<p>Диета Инсулинотерапия (базис-болюсный режим-3 инъекции инсулина короткого действия, 1 инъекция инсулина пролонгированного действия)</p>

ОСЛОЖНЕНИЯ ГСД:

- прогрессирующее сосудистых осложнений диабета вплоть до потери зрения и возникновения потребности в гемодиализе
- учащение кетоацидотических состояний и гипогликемий
- самопроизвольный аборт
- гестоз
- многоводие
- преждевременные аборты
- гипоксия и внутриутробная гибель плода
- макросомия плода
- задержка внутриутробного развития и формирование пороков развития плода
- родовой травматизм матери и плода
- высокая перинатальная смерть

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ СД И ГСД

Плановые: Цель госпитализации: полное обследование и коррекция инсулинотерапии

1. Первая госпитализация — на ранних стадиях беременности (желательно в 4-6 нед. беременности). В этот период понижается потребность в инсулине и возрастает частота гипогликемических состояний.
2. Вторая госпитализация — на 21—24-й неделе беременности.
3. Третья я госпитализация — на 35—36-й неделе беременности

Экстренные

1. Дебют СД
2. Диабетический кетоацидоз
3. Прекома или кома (кетоацидотическая, гипогликемическая)
4. Прогрессирование сосудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии)
5. Инфекции, интоксикации

Влияние сахарного диабета на организм матери:

- прогрессирующее сосудоистых осложнений (ретинопатии, нефропатии, ИБС);
- частые развития гипогликемии, кетоацидоза;
- частые осложнения беременности (гестоз, инфекция, многоводие, преждевременное прерывание беременности).

Влияние сахарного диабета у матери на плод:

- большая масса при рождении, не соответствующая сроку гестации;
- внешний кушингоидный облик за счет большой массы жировой ткани;
- гипертрофия островков поджелудочной железы;
- большие размеры сердца;
- уменьшение массы головного мозга и тимуса,

В связи с этим планирование беременности у женщин, страдающих сахарным диабетом, в первую очередь направлено на информирование женщины о возможном риске для нее и для плода:

- **оптимальное и безопасное предохранение от беременности до наступления компенсации углеводного обмена (обучение в школе по планированию беременности);**
- **достижение и обеспечение стабильной компенсации СД за 3-4 мес до зачатия;**

- -гликемия натощак 3,5-5,5 ммоль/л;
-гликемия через 2ч после еды 5,0-7,8 ммоль/л;
- -HbA1c < 6,5%;
- -составление индивидуального плана питания и физических нагрузок, режима инсулинотерапии;
- -выявление и лечение поздних осложнений СД и сопутствующих заболеваний.

ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С ГСД (ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА)

- обследование для выявления ГСД проводится на 24-28-й неделе беременности
- нагрузочный тест с нагрузкой 50г глюкозы рекомендован всем беременным женщинам старше 25 лет и женщинам младше 25 лет из группы риска вне зависимости от его результатов при предыдущей беременности (Американская диабетическая ассоциация , 2006г)
- показаниями для проведения орального глюкозотолерантного теста являются:
 - уровень глюкозы у беременной более 5 ммоль/л (90мг%) в капиллярной крови
 - уровень глюкозы у беременной более 5,83 ммоль/л (104,9 мг%) в плазме крови
- критерии выявления гестационного сахарного диабета на основании орального глюкозотолерантного теста- уровень глюкозы в плазме крови натощак- более и равно 7,0 ммоль/л и через 2 часа более или равно-7,8 ммоль/л.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- суточный мониторинг артериального давления (СМАД);
- УЗИ плода с применением доплерометрии сосудов пуповины и плаценты со II триместра беременности; УЗИ проводят в сроки 15-20 нед. (для исключения грубых пороков развития),
20-23 нед. (для исключения пороков сердца),
28-32 нед. (для раннего выявления макросомии, оценки объема околоплодных вод) и перед родами — для исключения макросомии плода и решения вопроса о тактике ведения родов.
- кардиомониторное наблюдение состояния плода.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.

Во время беременности, пациентку, страдающую СД, ПСД, ГСД берут под наблюдение следующие специалисты:

- акушер-гинеколог — осмотр каждые 2 нед в течение первой половины беременности, каждую неделю во второй половине;
- эндокринолог — каждые 2 нед, при декомпенсации заболевания — чаще;
- терапевт — каждый триместр или по мере выявления экстрагенитальной патологии;
- офтальмолог — каждый триместр, в случае преждевременного прерывания беременности и после родов. Обязателен осмотр глазного дна при расширенном зрачке для решения вопроса о необходимости лазерфотokoагуляции сетчатки;
- невролог — 2 раза в течение беременности.

Программа ведения беременных при сахарном диабете

1. Явки в женскую консультацию:

- до 32 нед – 2 раза в месяц;
- после 32 нед- 3-4 раза в месяц.

2. Обследование:

- ТТГ при постановке на учет, в III триместре беременности и по показаниям;
- сахар крови- 2-3 раза в месяц;
- сахар в моче- 2-3 раза в месяц;
- ацетон в моче-2-3 раза в месяц;
- офтальмоскопия ;
- УЗИ во II-III триместр.

Заболевания кроветворной системы

Железодefицитная анемия (ЖДА) во время беременности- одно из самых частых осложнений.

По определению ВОЗ, анемию беременных следует считать состоянием, при котором уровень Hb составляет:

- менее 110 г/л в I и III триместрах;
- менее 105 г/л во II триместре.

К факторам риска по развитию ЖДА во время беременности относятся:

- перенесенные заболевания (частые инфекции);
- экстрагенитальная фооновая патология (хронический тонзиллит, ревматизм, СД, гастриты);
- меноррагии;

- -частые беременности;
- -наступление беременности при лактации;
- -беременность в подростковом периоде;
- -анемия при прошлых беременностях;
- -вегетарианская диета;
- -уровень Hb в I триместре беременности <120 г/л;
- -осложнения данной беременности;
- -многоплодная беременность.

Влияние ЖДА на беременность:

- -невынашивание;
- -преждевременные роды;
- -атонические маточные кровотечения;
- -повышается риск гестоза;
- -возрастает опасность инфекции;
- -гипоксия плода;
- -риск мертворождения;
- -инфекционные заболевания.

Гипертензивные состояния при беременности представлены группой заболеваний:

Код протокола 010

существующих до беременности;
развившихся непосредственно в связи с беременностью.

Классификация АГ в период беременности

- 1. Хроническая АГ** – это гипертензия, существовавшая до беременности или диагностированная до 20 недель беременности и сохраняющаяся до 6 недель после родов
- 2. Гестационная АГ** - артериальная гипертензия, индуцированная беременностью манифестируя после 20-ой недели беременности.

3. Преэклампсия /эклампсия - осложненная гестационная АГ - преэклампсия (АГ + протеинурия) и эклампсия (АГ + протеинурия +судороги).

4. Преэклампсия /эклампсия на фоне хронической АГ - осложненная хроническая АГ - преэклампсия (АГ + протеинурия) и эклампсия (АГ + протеинурия +судороги).

ВЫДЕЛЯЮТ 3 СТ. РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХАГ:

- I ст. риска** – минимальная, соответствует АГ 1-2 группе риска. Беременность протекает относительно удовлетворительно и допустима. Вместе с тем, у 20% беременных с ХАГ развиваются различные осложнения: гестоз, отслойка нормально расположенной плаценты, у 12% – преждевременные роды.
- II ст. риска** – выраженная, соответствует АГ 3 степени риска. Частота осложнений беременности значительно возрастает – преждевременные роды происходят у каждой пятой беременной, в 20% случаев наблюдается антенатальная гибель плода. Беременность потенциально опасна для матери и плода.
- III ст. риска** – максимальная, соответствует АГ 4 степени риска: беременность противопоказана. Осложнения беременности и родов возникают у каждой второй женщины, перинатальная смертность составляет 20% .

ГЕСТАЦИОННАЯ АГ

- повышение уровня АД $\geq 140/90$ мм.рт.ст., впервые зафиксированное после 20 недели беременности и не сопровождающаяся протеинурией; после родов в течение 12 недель у пациенток с гестационной АГ АД возвращается к нормальному уровню.
- диагноз гестационной АГ ставится лишь на период беременности;
- рекомендуется наблюдение как минимум в течение 12 недель после родов. В том случае, если через 12 недель после родов АГ сохраняется, диагноз гестационной АГ меняется на диагноз хронической АГ и уточняется, после дополнительного обследования, в соответствии с общепринятой классификацией АГ

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

□ - специфичный для беременности синдром, который возникает после 20-й недели гестации, определяется по наличию АГ и протеинурии (больше 300 мг белка в суточной моче).

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЭКЛАМПСИИ:

возраст женщины <18 лет или ≥ 40 лет,

предыдущая преэклампсия,

анти-фосфолипидные антитела,

АГ или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.;

заболевания почек или протеинурия;

сахарный диабет, ожирение (ИМТ ≥ 35),

семейный анамнез преэклампсии (у матери, сестер),

многоплодная беременность, первая беременность,

интервал между предыдущей беременностью ≥ 10 лет,

САД ≥ 130 мм рт.ст., или ДАД ≥ 80 мм рт.ст.

ЭКЛАМПСИЯ

возникновение у женщин с АГ и протеинурией (преэклампсия) судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.

Риск развития эклампсии:

- появление неврологической симптоматики,
- нарастание головной боли, нарушения зрения,
- боли в эпигастрии и в правом подреберье,
- периодически наступающий цианоз лица,
- парестезии нижних конечностей, боли в животе и нижних конечностях без четкой локализации,
- одышка, возбужденное состояние или, наоборот, сонливость, затрудненное носовое дыхание, покашливание, сухой кашель, слюнотечение, боли за грудиной.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

- 1-я госпитализация – до 12 нед. беременности для обследования с целью уточнения диагноза, определения функционального состояния органов-мишеней и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.
- 2-я госпитализация — в 28-29 нед. беременности (период максимальной гемодинамической нагрузки) для мониторинга состояния органов-мишеней, коррекции медикаментозной терапии.
- 3-я госпитализация – за 2-3 нед. до предполагаемого срока родов для контроля функционального состояния органов-мишеней, коррекции терапии, проведения предродовой подготовки и определения тактики ведения родов.
- трудности в подборе медикаментозной терапии, рефрактерная АГ.
- чрезмерная прибавке веса в III триместре (1 кг в неделю)

ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Угроза развития ПЭ - продромальные симптомы: головная боль, нарушение зрения, боль в эпигастрии, в правом подреберье, тошнота.
- Наличие клинических признаков преэклампсии и эклампсии.
- Тяжелая АГ (АД 160/110 мм рт.ст. и выше).
- Впервые выявленное повышение АД после 20 недель беременности (гестационная АГ).
- Клинические признаки развития HELLP-синдрома: повторные (персистирующие) приступы боли в эпигастрии. HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets) – гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения – ассоциируется с крайне тяжелой формой преэклампсии и эклампсии.
- Патология плода: подозрение/признаки гипоксии плода, признаки нарушения маточно-плацентарного кровотока и/или фетоплацентарного кровотока по данным ультразвуковой доплерографии, синдром задержки роста плода.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Основныe

клинический анализ крови и мочи каждые 2 недели. При необходимости по клинической ситуации

биохимическое исследование крови (при плановой и экстренной госпитализации): оценка гликемии натощак, липидного обмена (общий холестерин, ХЛПВ, ХЛНП, триглицериды), оценка функции печени (АЛТ, АСТбилирубин,), оценка функции почек (определение креатинина), уровня калия, мочевой кислоты

оценка наличия экскреции альбумина с мочой для выявления микроальбуминурии (тест-полоска)

при наличии положительного теста на микроальбуминурию количественное определение содержания белка в суточной моче.

СМАД , ЭКГ , ЭхоКГ

Ультразвуковое исследование почек и надпочечников

УЗДГ периферических сосудов (брахиоцефальных, почечных артерий и др.)

УЗИ и доплерография сосудов фетоплацентарного комплекса.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ:

немедикаментозное лечение:

- ограничение физических нагрузок: в большинстве случаев при неосложненном течении хронической и гестационной АГ могут быть рекомендованы аэробные физические упражнения, прогулки на свежем воздухе, достаточный 8-10 часовой ночной сон, желательно 1-2-х часовой дневной сон.
- Избегать стрессовых ситуаций, способствующих повышению АД
- В случае тяжелой АГ, гестационной АГ рекомендуется постельный режим на левом боку.
- Рекомендуется диета, богатая витаминами, белками, микроэлементами, Ограничение соли в период беременности не показано.
- Категорически запрещается курение, применение алкоголя.
- Снижение МТ в период беременности не рекомендовано в связи с риском рождения детей с низким весом и последующим замедлением их роста.

ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Препарат первой линии – Метилдопа –класс В,

Препарат второй линии – класс С,

Антагонисты кальция

Верапамил 40мг (480мг/сут)

Нифедипин 20 мг(120мг/сут)

Амлодипин 5мг (10 мг/сут)

Бета-адреноблокаторы

Небивалол 5 мг (10 мг. макс) Бетаксоллол 5 мг (20 мг/сут)

Бисопролол 5 мг (10 мг/сут) Метопролол 25 мг (200мг/сут)

Препарат третьей линии при рефрактерной АГ в III триместре беременности клонидин 0,15 мг (0,6 макс. суточная доза) - класс С

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ

J45.0

- Целью лечения беременных с бронхиальной астмой является обеспечение оптимальной терапии для поддержания контроля над астмой с учетом охраны здоровья матери, её качества жизни, а также условий для нормального созревания плода.
- Лечение астмы у беременных проводится согласно международным рекомендациям, согласно которым применяется ступенчатая терапия:

Легкая с прерывистым течением

- При необходимости использование β 2-адреномиметиков
- Нет необходимости в ежедневном приеме медикаментов

Легкая персистирующая:

- Использование при необходимости β 2-адреномиметиков
- Ежедневный прием. Предпочтительно: низкие дозы ингаляционных кортикостероидов (беклометазон или будесонид)
- Альтернатива: кромолин /недокромил, или антагонисты рецепторов лейкотриенов, или пролонгированный теофиллин (поддерживающий сывороточную концентрацию 5-15 мкг/мл)

Среднетяжелая персистирующая:

- Использование при необходимости β_2 -адреномиметиков
- Ежедневный прием. Предпочтительно: низкие и средние дозы
- ингаляционных кортикостероидов в сочетании с β_2 агонистами пролонгированного действия
- Альтернатива: средние дозы ингаляционных кортикостероидов; или низкие и средние дозы ингаляционных кортикостероидов плюс антагонисты рецепторов лейкотриенов (или теофиллин при ночных приступах).

Тяжелая персистирующая:

- Использование при необходимости β 2-адреномиметиков
- Ежедневный прием: высокие дозы ингаляционных кортикостероидов и β 2-агонисты продленного действия (сальметерол), или высокие дозы ИК с препаратами эуфиллина, а также ежедневное или более редкое применение системных стероидов (преднизолона).

ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Устойчивое падение ПСВ менее чем на 50-60% от максимального значения для пациентки;
- ЧСС более 120 в минуту;
- Частота дыхательных движений более 22 в минуту.
- Отсутствие эффекта от проводимой терапии;
- Затянувшийся приступ астмы.

ИНДИКАТОРАМИ ЭФФЕКТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Минимальное количество или отсутствие хронических симптомов днем и ночью;
- Минимальное количество или отсутствие обострений
- Отсутствие ограничений деятельности
- Обеспечение (почти) нормальных показателей легочной функции
- Минимальное использование бета2-агонистов короткого действия
- Минимальное неблагоприятное воздействие на организм женщины принимаемых лекарственных средств или их отсутствие.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВГА У БЕРЕМЕННЫХ (ПО МКБ: В18)

Отмечается удлинение преджелтушного периода до 2-3 недель.

Преджелтушный период протекает с преобладанием диспепсических явлений:

- тяжесть в подложечной области,
- плохой аппетит,
- отвращение к пище,
- тошнота,
- рвота
- кожный зуд.



ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА А НА БЕРЕМЕННОСТЬ

- Вирус ГА не проходит через плаценту.
- У детей имеются антитела, перешедшие к ним от матери.
- ГА не оказывает существенного влияния на течение беременности и родов, на развитие плода.
- Роды протекают без особенностей и дополнительных мероприятий не требуется.
- Прерывание беременности независимо от ее срока в остром периоде заболевания может способствовать нарастанию тяжести болезни и развитию волнообразного или затяжного течения.

ДИАГНОСТИКА

Определение в сыворотке крови специфических антител к вирусу гепатита А в ИФА.

- IgM появляются через 30 сут после заражения и сохраняются в течение 16 нед (иногда дольше),
- IgG появляются спустя 10—12 нед после заражения и сохраняются в течение многих лет.

Антиген вируса (ВГА Ag) определяется в фекалиях больных за 5-7 дней до повышения активности АЛАТ в крови и продолжается 1-10 дней после ее повышения.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВГЕ У БЕРЕМЕННЫХ

- У небеременных заболевание протекает легко;
- У детей — субклинически, вырабатывая прочный иммунитет;
- У беременных — тяжело: 22% беременных погибают, а если гепатит возникает во второй половине беременности 40-70%.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВГЕ У БЕРЕМЕННЫХ

- Молниеносное развитие острой печеночной недостаточности вне беременности происходит у 1-2%, а во время беременности - у 10-30% больных.
- Тяжесть симптомов фульминантного гепатита возрастает с увеличением срока беременности.
- Опасность летального исхода сохраняется и после родов, особенно в первую неделю.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВГЕ У БЕРЕМЕННЫХ

- Тяжелое течение ГЕ влечет за собой невынашивание беременности: самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды.
- Явления острой печеночной энцефалопатии особенно быстро развиваются после прерывания беременности.
- Ухудшению состояния больной предшествуют симптомы угрозы прерывания беременности - боли внизу живота, пояснице, повышение тонуса матки.
- Эта симптоматика сочетается с быстро нарастающими болями в области печени.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВГЕ У БЕРЕМЕННЫХ

- Одним из ранних признаков ухудшения течения ВГЕ у беременных является гемоглинурия.
- Появление гемоглибина в моче - первое проявление, характерного для этой формы гепатита у беременных, ДВС-синдрома.
- У 41 % женщин возникают геморрагические осложнения в родах.
- ДВС-синдром является причиной маточных, желудочно-кишечных, легочных, носовых кровотечений.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА Е НА БЕРЕМЕННОСТЬ

- Тяжелая форма вирусного гепатита Е у беременных крайне неблагоприятно влияет на плод.
- Из детей, родившихся живыми, более половины умирает в течение первого месяца жизни.
- Для детей оставшихся в живых характерно отставание в физическом и психомоторном развитии и повышенная заболеваемость.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВГВ У БЕРЕМЕННЫХ

- У 72,7-84,8% больных ВГВ наблюдается среднетяжелая форма и у 11,4% — тяжелая.
- К развитию острой печеночной энцефалопатии предрасполагают III триместр беременности, наличие гестоза, несвоевременная госпитализация вследствие запоздалой диагностики болезни.
- В стадии нарастания желтухи и интоксикации гепатит нередко приводит к внутриутробной гибели плода и преждевременным родам, следствием которых могут быть массивный некроз печени и смерть.
- Прерывание беременности в остром периоде ГВ (и других острых вирусных гепатитов) при любом сроке может привести к ухудшению течения болезни.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА В НА БЕРЕМЕННОСТЬ

- ГВ оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности.
- Ранний токсикоз возникает у 29-35% женщин, гестоз - у 22% (но не тяжелый).
- Характерным осложнением беременности является угроза ее прерывания (у 5-3%).
- Преждевременные роды происходят у 22-38% рожениц.
- Послеродовые гнойно-септические заболевания учащены в связи с угнетением иммунного статуса не только за счет беременности, но и за счет гепатита, и активизации на этом фоне бактериальной микрофлоры.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА В НА БЕРЕМЕННОСТЬ

- Дети, рожденные от HBsAg-позитивных матерей, оказываются инфицированными в 10% случаев, при этом примерно у 15% разовьется хронический гепатит.
- Около 95% случаев перинатальной передачи происходит во время родов и примерно 5% новорожденных заражаются HBV еще в утробе матери.
- При кесаревом сечении риск передачи инфекции ниже, чем во время родов через естественные родовые пути (10 и 25% соответственно).
- Инфицирования ребенка не происходит если ВГВ завершается в течение первых 2 триместров беременности или когда к моменту родов HBsAg в крови не определяется.
- Риск заражения плода при обнаружении HBeAg повышается до 90%.

ВЛИЯНИЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА В НА БЕРЕМЕННОСТЬ

- Тератогенность вируса не доказана, поэтому врожденные уродства не развиваются.
- Если гепатит возникает в I и II триместрах беременности, вероятность заболевания новорожденных невелика, если в III триместре — риск заболевания для потомства составляет 25—76%.
- Дети рождаются чаще всего недоношенными в состоянии гипоксии.
- У 25% детей в дальнейшем наблюдаются отставание в общем развитии и предрасположенность к различным заболеваниям.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ D

- Возбудитель - вирус гепатита D, для репликации нуждается в HBsAg.
- Распространенность вирусного гепатита D - 5-75% HBsAg-носителей.
- Клиника у беременной - 90% суперинфекций носят хронический характер.
- Диагноз подтверждают с помощью серологических проб на специфические IgM и IgG и ПЦР.
- Влияние на плод - хронический гепатит D с высоким риском цирроза.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

- В среднем распространенность антител к ВГС среди беременных женщин составляет 1% и варьирует от 0.5% до 2.4% в разных географических зонах.
- Приблизительно у 60% беременных с позитивным тестом на антитела к ВГС имеются признаки размножения вируса (т.е. у них определяется РНК ВГС).

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

- Частота, с которой вирус гепатита С передается от матери к ребенку, не зависит от того, родился ребенок естественным путем или матери произведено кесарево сечение, были у нее травмы промежности во время родов или нет.
- Частота передачи также не связана с кормлением грудью, не увеличивается с каждой последующей беременностью.
- При высокой вирусной нагрузке у матери (большое количество циркулирующего в крови вируса — более 1 млн. копий на 1 мл) вероятность инфицирования ребенка выше.
- Коинфекция ВИЧ также увеличивает вероятность инфицирования ребенка ВГС.
- Связи генотипа ВГС матери с частотой инфицирования ребенка не выявлено.
- При беременности ГС ведет себя так же, как ГА, без особого влияния на беременность.

ЛЕЧЕНИЕ

- Терапия острого гепатита В во время беременности состоит из поддерживающего лечения (диета, коррекция водно-электролитного баланса, постельный режим). При развитии коагулопатии переливается свежезамороженная плазма, криопреципитат.
- Пациенткам с различными формами гепатита В необходимо ограничить показания к проведению инвазивных процедур во время беременности и родов.
- Следует постараться снизить продолжительность безводного промежутка и родов в целом.

ПРОФИЛАКТИКА

- Активное выявление и изоляция больных желтушными и особенно безжелтушными формами заболевания.
- За беременными и родильницами, бывшими в контакте с заболевшими ВГ должно быть установлено наблюдение - при ВГА в течение 45 дней после изоляции больного, при ВГВ - в течение 3 месяцев, каждые 15-20 дней взятие крови на HBsAg, билирубин, активность аланинаминотрансферазы.
- Применение в медицинских учреждениях шприцов и инструментов одноразового пользования, тщательная обработка инструментов.

ПРОФИЛАКТИКА

- Обследование женщин на разных сроках беременности на выявление хронических вирусных заболеваний печени, а также носителей HBsAg.
- Переливание крови по строгим показаниям.
- В процессе родового акта - меры в отношении туалета новорожденного.
- Не прерывать беременность в острой стадии гепатита.
- Не вводить беременным препаратов, оказывающих вредное влияние на функцию печени (группа антибиотиков тетрациклинового ряда).

плановая госпитализация:

первичное обследование

обострение хронического заболевания печени;

в репликативную фазу хронического вирусного гепатита

при отсутствии осложнений обычная предродовая

госпитализация

экстренная госпитализация:

при остром начале заболевания, наличии желтухи —

госпитализация в инфекционный стационар для

исключения острого вирусного гепатита

тяжелое состояние пациентки (при впервые выявленном

циррозе печени в стадии декомпенсации, кровотечения

из варикозно-расширенных вен пищевода

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные параметры диагностики хронических вирусных гепатитов:

- активность аминотрансфераз сыворотки крови
- индекс гистологической активности печени (по материалам биопсии)
- уровень фиброза печени
- наличие и уровень виремии
- присутствие HBe-Ag (для хронического гепатита В)
- генотип вируса (для хронического гепатита С)

Инструментальные исследования:

- УЗИ комплексное для женщин и УЗИ плода (скрининг);
- - ЭФГДС (исключение варикозно-расширенных вен пищевода)

Благодарю за внимание !!!

