

**Ведение беременности и
родов при**

**экстрагенитальных
заболеваниях (ЭГЗ) и
патологии половых органов**

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- Гипертоническая болезнь наблюдается у 4—5 % беременных. Данная патология и ее осложнения, возникающие во время беременности, занимают важное место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. У большинства беременных гипертоническая болезнь развивается до беременности, но может впервые проявиться во время нее. О наличии артериальной гипертензии свидетельствует артериальное давление, превышающее 140/90 мм рт.ст.

- Для решения вопроса о возможности продолжения беременности женщин с гипертонической болезнью выделяют три степени риска. Гипертоническая болезнь I стадии относится к I степени риска, II стадия — ко II степени, III стадии и злокачественная артериальная гипертензия — к III степени. При I степени риска беременность, как правило, заканчивается благополучно, при II степени на фоне адекватного лечения можно довести беременность до благополучного конца. При III степени риска беременность противопоказана.
- При I степени риска беременные нуждаются в осмотре терапевтом и акушером 2 раза в месяц. В случае присоединения гестоза показано стационарное лечение. В случае установления II или III степени риска при беременности до 12 нед необходимо провести стационарное обследование женщины для уточнения стадии заболевания и решения вопроса о продолжении беременности.

- Лечение. Во время беременности проводят лечение гипертонической болезни. Основным методом лечения является применение антигипертензивных средств. Использование ряда из них ограничено из-за неблагоприятного влияния на плод, поэтому разработанные в настоящее время эффективные схемы антигипертензивного лечения не всегда можно применять у беременных. Особое значение у беременных приобретает немедикаментозная терапия (седативная физиотерапия, фитотерапия, коррективировка питания, ограничение приема поваренной соли — менее 6 г в сутки).
- Из медикаментозных средств у беременных используют диуретики, спазмолитики, антагонисты ионов кальция, стимуляторы адренергических рецепторов, вазодилататоры, ганглиоблокаторы.
- Родоразрешение у женщин с гипертонической болезнью чаще всего осуществляют через естественные родовые пути на фоне обезболивания и гипотензивной терапии. Кесарево сечение производят по акушерским показаниям или при состояниях, угрожающих здоровью и жизни матери (отслойка сетчатки, расстройство мозгового кровообращения и т.д.).

- Приобретенные ревматические пороки сердца
- Приобретенные пороки сердца встречаются у 7—8 % беременных. Для прогнозирования исходов беременности и родов при приобретенных пороках имеют значение следующие факторы:
 - • активность ревматического процесса;
 - • форма и стадия развития порока;
 - • компенсация или декомпенсация кровообращения;
 - • степень легочной гипертензии;
 - • нарушение сердечного ритма;
 - • присоединение акушерской патологии.
- Течение беременности на фоне активного ревматического процесса весьма неблагоприятно, поэтому рекомендуется ее прерывание (искусственный аборт) в ранние сроки с последующим проведением антиревматической терапии. В поздние сроки беременности предпринимают досрочное родоразрешение. В этом случае наиболее щадящим методом родоразрешения является кесарево сечение с проведением противорецидивной терапии. Женщин, перенесших последнее обострение ревматизма в ближайшие 2 года до наступления беременности, следует относить к группе высокого риска обострения процесса.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Бронхиальная астма
- В подавляющем большинстве случаев бронхиальная астма — аллергическое заболевание. Чаще она развивается до беременности, но может впервые возникнуть во время беременности.
- У больных бронхиальной астмой чаще, чем у здоровых женщин, наблюдаются токсикоз и гестоз. У них могут родиться недоношенные и маловесные дети; астма, хотя и довольно редко, бывает причиной антенатальной смерти плода.
- Бронхиальная астма не является противопоказанием к беременности. Только при повторяющихся астматических состояниях и явлениях легочно-сердечной недостаточности может встать вопрос о досрочном родоразрешении. У больных бронхиальной астмой роды могут быть самопроизвольными, так как приступы удушья в родах нетрудно предотвратить.
- Лечение бронхиальной астмы заключается прежде всего в предотвращении и купировании приступов удушья. В легких случаях бывает достаточно применения бронхолитических препаратов в виде ингаляций адреномиметика

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

- Пиелонефрит беременных
- Пиелонефрит — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, сопровождающийся поражением интерстициальной ткани почек, канальце-вого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы. У беременных процесс чаще развивается в правой почке.
- Пиелонефрит развивается у 6—7 % беременных, чаще во второй половине беременности, Беременные с пиелонефритом составляют группу высокого риска возникновения осложнений беременности (невынашивание, гестоз, гипотрофия плода, азотемия и др.)
- Пиелонефрит вызывается- условно-патогенными микроорганизмами, в первую очередь кишечной группы, микроорганизмами рода *Proteus*, а также энтеробактериями: *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, стрептококками групп D и B, стафилококками и микрококками. У беременных воспалительные процессы в почках вызываются также грибами рода *Candida*.

- Пиелонефриту может предшествовать бессимптомная бактериурия, которая выявляется у 2—10 % беременных. В отсутствие лечения у 40 % из них в дальнейшем развивается пиелонефрит.
- У беременных пиелонефрит может протекать как в острой, так и хронической форме. Независимо от формы течения пиелонефрита клиническая картина у беременных такая же, как у небеременных.
- Лечение острого пиелонефрита начинают с восстановления нарушенного пассажа мочи под контролем УЗИ, которое позволяет оценить степень расширения почечных лоханок.
- Лечение хронического пиелонефрита зависит от активности процесса. Лечение обострения мало чем отличается от терапии при остром пиелонефрите. После устранения активного процесса беременная должна находиться на диспансерном учете и систематически получать противорецидивную терапию. Во время беременности она включает в основном соответствующую диету с ограничением потребления острой пищи и использованием кислого питья (клюквенный морс), витаминотерапию, антибактериальные и диуретические фитосборы (плоды можжевельника, хвощ полевой, корень солодки, толокнянка, листья березы, трава василька синего и т.д.).
- После гестационного пиелонефрита функция почек, как правило, восстанавливается, однако у 20 % женщин она остается сниженной. В после-Родовом периоде необходимо наблюдение нефролога.
- Дети, рожденные от матерей, больных пиелонефритом, составляют группу риска развития гнойно-септических заболеваний.

- Гломерулонефрит — инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почек.
- У беременных чаще выявляют хронический гломерулонефрит, который протекает в нескольких формах: нефротической гипертонической, смешанной (отечно-гипертонической), латентной. Как правило, встречается латентная форма, при которой течение беременности родов и послеродового периода наиболее благоприятно. Максимальная степень риска отмечается у беременных со смешанной формой, острым гломерулонефритом и любой формой заболевания, сопровождающейся азотемией и почечной недостаточностью.
- Лечение. Общепринятая терапия гломерулонефрита с использованием цитостатических средств и иммунодепрессантов у беременных не может быть применена в связи с эмбриотоксическим действием препаратов. Проводят комплексную симптоматическую терапию, которая включает соответствующую диету, мочегонные, гипотензивные, десенсибилизирующие препараты, антикоагулянты, антиагреганты, мембранстабил и заторы, антиоксиданты, инфузии белковых препаратов, кортикостероиды по показаниям. Следует осуществлять профилактику и лечение внутриутробной задержки роста плода.

- Мочекаменная болезнь развивается у 0,1—0,35 % беременных. В настоящее время считают, что образование камней в почках у женщин в большей степени связано с мочевой инфекцией, пиелонефритом, в меньшей — с нарушениями обмена. При беременности часто наблюдается сочетание пиелонефрита и нефролитиаза.
- Клиническая картина. Наиболее частым симптомом мочекаменной болезни является почечная колика. Боли носят интенсивный характер, локализуются в пояснице, иррадиируют по ходу мочеточника в паховую область, бедро, половые губы. Нередко боли сопровождаются тошнотой, рвотой, метеоризмом, задержкой стула и газов, дизурическими явлениями, положительным симптомом Пастернацкого. После приступа колики в моче выявляется микро- или макрогематурия. При беременности нередко наблюдается инфицирование камней и нефролитиаз осложняется пиелонефритом, что сопровождается лихорадкой, ознобом, пиурией и признаками воспалительных изменений в крови.
- Лечение. Во время беременности, как правило, проводят консервативное лечение. При приступе почечной колики широко применяют спазмолитические и анальгетические средства, а также паранефральную блокаду.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

- Панкреатит. Острый панкреатит у беременных развивается нечасто, протекает тяжело и в 39 % случаев заканчивается смертью. Перинатальная смертность при этом заболевании составляет 330 ‰. Острый панкреатит развивается при любом сроке беременности, но чаще в ее второй половине; материнская смертность при остром панкреатите повышается с увеличением срока беременности
- Клиническая картина. У 75% беременных острый панкреатит клинически проявляется острыми мучительными болями в верхней части живота (подложечная область, левое или правое подреберье). Часто отмечаются опоясывающие боли. Появляются тошнота, рвота, развивается коллапс. В самом начале заболевания живот может оставаться мягким, отсутствуют симптомы раздражения брюшины; в дальнейшем на первый план выступают явления пареза кишечника и кишечной непроходимости.
- Однако у беременных чаще, чем вне беременности, наблюдаются безболевые формы острого панкреатита. В этих случаях заболевание проявляется шоком и симптомами поражения ЦНС. При подобном течении острого панкреатита прогноз в отношении жизни беременной крайне неблагоприятен, смертность в таких случаях составляет 83 %; во время шока могут произойти преждевременные роды.

- Острый панкреатит сопровождается изменением уровня глюкозы в крови, часто гипо- и гиперкалиемией. Гипогликемия может быть объяснена голоданием или повышенным уровнем инсулина. Гипергликемия свидетельствует о тяжелом течении заболевания, обычно заканчивающегося летально У 15—25 % женщин после приступа острого панкреатита развивается сахарный диабет.
- При УЗИ поджелудочной железы острый панкреатит выявляют в 100 % случаев, хотя при сроке беременности 18—20 нед и более матка может помешать визуализации поджелудочной железы.
- Лечение острого панкреатита проводят совместно с хирургом. Оно заключается в лечении шока. Для подавления функции поджелудочной железы производят отсасывание желудочного содержимого с помощью назогастрального зонда, исключают прием препаратов и пищевых продуктов внутрь (режим голода и жажды), вводят холинолитики: атропина сульфат (по 1 мл 0,1 % раствора подкожно), платифиллина гидротартрат (по 1 мл 0,2 % раствора подкожно), а также ферментные ингибиторы — гордокс, контрикал, трасилол (сначала 25 000—50 000 ЕД внутривенно, затем 25 000—75 000 ЕД в 5 % растворе глюкозы капельно; в следующие дни вводят по 50 000—25 000 ЕД в сутки, уменьшая дозу по мере улучшения клинической картины и результатов лабораторных исследований).

- Хронический панкреатит. Заболевание развивается после перенесенного острого панкреатита либо как первично-хронический процесс. Обострение хронического панкреатита во время беременности возникает так же редко, как острый панкреатит.
- Клиническая картина обострения хронического панкреатита во время беременности во многом сходна с таковой при его обострении вне беременности.
 - Дополнительные исследования такие же, как при остром панкреатите.
- Лечение. Складывается из тех же принципов, что и при остром панкреатите. Диетотерапия является основным и наиболее важным звеном комплексной терапии при хронической форме заболевания. В период ремиссии следует принимать пищу 4—5 раз в день. Пища должна содержать избыточное количество углеводов, водорастворимых витаминов, веществ, оказывающих липотропное действие, ограниченное количество жиров при нормальном или повышенном количестве белков. Запрещается употребление холодных напитков, тортов, пирожных, крепких мясных или рыбных бульонов.
- При обострении хронического панкреатита в первые 1—3 дня назначают режим голода и жажды. В последующем рекомендуется диета со значительным ограничением калорийности, с исключением из пищевого рациона жира, поваренной соли, азотсодержащих экстрактивных веществ. В дальнейшем назначают преимущественно углеводистую и белковую пищу. Из лекарственных средств показаны спазмолитические и болеутоляющие, анти-ферментные препараты.

Заболевания органа зрения

- Беременность может значительно ухудшать течение глазных болезней, связанных с поражением роговицы, хрусталика, сетчатки, сосудистого тракта и зрительного нерва.
- Болезни зрительного нерва и сетчатки. Это наиболее тяжелые заболевания глаз у беременных. В большинстве случаев эта патология служит одним из клинических проявлений гестоза и нефрита.
- Миопия. Нормально протекающая беременность в большинстве случаев не влияет на миопический процесс. Прогрессирование миопии может быть обусловлено развитием раннего токсикоза и гестоза беременных. В течение беременности могут возникать такие осложнения, как кровоизлияния в сетчатку и ее отслойка, в связи с чем требуется срочное лечение у окулиста. С целью профилактики возможных осложнений необходимы динамическое наблюдение окулиста, витаминотерапия, назначение препаратов кальция и рутин, предупреждение и лечение гестоза. При высокой степени миопии, а также ее осложнениях производят кесарево сечение. Показаниями к прерыванию беременности являются злокачественное течение миопии, неблагоприятное влияние предыдущих беременностей на миопический процесс, тяжелые миопические изменения в обоих глазах.

● АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

- Во время беременности увеличиваются объем циркулирующей крови и его составляющие — объем плазмы и объем эритроцитов, причем объем плазмы возрастает больше, чем объем эритроцитов. Происходит разведение эритроцитов в большом количестве жидкости, относительное уменьшение их числа при абсолютном увеличении объема плазмы. Это состояние называется гидремией и не является анемией, хотя наблюдается закономерное снижение показателей красной крови.
- Однако у беременных часто развивается истинная анемия. В России ее диагностируют у 40 % беременных. Это заболевание широко распространено среди беременных во всем мире, в разных странах частота его колеблется от 21 до 89%. В подавляющем большинстве случаев (в 90%) развивается железодефицитная анемия.
- Анемия, диагностируемая в ранние сроки беременности, обычно возникает до ее наступления. Анемия, связанная с беременностью, развивается во второй ее половине.

- Клиническая картина и диагностика. Часто больные с анемией не предъявляют никаких жалоб. Однако могут наблюдаться слабость, одышка, головокружение, обмороки. Нередко появляются трофические изменения, связанные с дефицитом в организме ферментов, содержащих железо: выпадение волос, ломкость ногтей, трещины в углах рта.
- В крови при анемии выявляют уменьшение содержания гемоглобина (1150г/л и менее), количества эритроцитов (менее $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,85 и ниже), уровня железа сыворотки крови (менее 10 ммоль/л). Диагноз истинной анемии (а не гидремии беременных) подтверждается при обнаружении в мазке крови измененных эритроцитов — пойкилоцитов и анизоцитов. Различают анемию легкой, средней и тяжелой степени. При анемии легкой степени содержание гемоглобина в крови составляет 90—110г/л, при средней степени тяжести — 70—90 г/л и при тяжелой анемии — менее 70 г/л.
- Лечение. В лечении анемии у беременных важное значение имеет диета. Женщине следует потреблять не менее 120 г белка в день. Из мяса всасывается 6 % железа, а из растительной пищи — только 0,2 %. Анемию лечат препаратами железа, которые принимают внутрь в таблетках или капсулах. Внутривенное или внутримышечное введение препаратов железа не имеет преимуществ, но может привести к тяжелым осложнениям.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- В классификации СД, предложенной ВОЗ (1985), выделены инсулино-зависимый сахарный диабет (ИЗСД; тип I), инсулинонезависимый сахарный диабет (ИНСД; тип II), гестационный сахарный диабет (ГСД) и Другие формы. Дополнительно к этому R.Mazze предложил выделять две формы СД, наблюдающегося во время беременности: прегестационный (СД I и II типа, имеющийся у женщины до зачатия) и гестационный (СД, развивающийся во время беременности) сахарный диабет.
- ГСД представляет собой нарушение толерантности к глюкозе, возникающее во время беременности и обычно проходящее после родов. Эта форма СД наблюдается в среднем у 2 % беременных и чаще развивается в середине II триместра беременности. У подавляющего большинства таких женщин имеется избыток массы тела (более 90 кг) и отягощенный по сахарному диабету анамнез (1-я степень родства). Анамнестические наблюдения заданной категорией больных показали, что более чем у 50 % из них в течение ближайших 15 лет развивается ИНСД или ИЗСД

- Оптимальным вариантом для беременных с СД является диспансерное наблюдение на базе специализированных по СД акушерских отделений, которые полностью обеспечивают как акушерские, так и эндокринологические аспекты амбулаторного и стационарного контроля. Стационарное лечение беременных, больных СД, в отсутствие у них акушерских осложнений и при сроке беременности до 20 нед целесообразно проводить в специализированных по СД акушерских или эндокринологических отделениях; со второй половины беременности таких больных необходимо госпитализировать в специализированные акушерские отделения, функционирующие на базе многопрофильной больницы.
- Беременных с СД при первом посещении женской консультации после установления факта беременности и возможно более точного определения ее сроков следует предупредить об осложненном течении беременности и родов, прогнозе для плода (возможна наследственная отягощенность) и предложить им прервать беременность. При настойчивом решении сохранить беременность больная СД должна быть направлена в стационар. Целесообразно провести три госпитализации беременных с СД в стационар.

- Основной принцип ведения беременности при СД — строгая, стабильная компенсация СД за счет восстановления обменных процессов, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена, которую по необходимости проводят совместно с эндокринологом путем индивидуального подбора дозы инсулина или соответствующей диеты. У беременных с СД уровень глюкозы в крови натощак должен быть в пределах 3,3—4,4 ммоль/л, а через 2 ч после еды — не более 6,7 ммоль/л.
- За беременными с СД нужно осуществлять тщательный контроль (самоконтроль за течением заболевания, динамическое определение гликемии и гликированного гемоглобина, выполнение анализов мочи).
- Для беременных с СД требуется диета из расчета 30—35 ккал идеальной массы тела, дополнительно 200—400 ккал (с учетом беременности). Суточная энергетическая ценность пищи в среднем составляет 1600—2000 ккал, причем 55 % ее покрывается за счет углеводов, 30 % — жиров, 15 % — белков. В пище должно содержаться достаточное количество витаминов (группы В, С, А, Е, D) и минеральных веществ. У беременных с СД и ожирением суточная энергетическая ценность пищи не должна превышать 1600 ккал (ограничение потребления жира, увеличение продуктов, содержащих пищевые волокна).

Благодарю за внимание!

