**Текст лекции по теме занятия №9: Особенности ведения беременности и родов при экстрагенитальных заболеваниях**

**Изучаемые вопросы:**

Введение

1. Беременность и роды при заболеваниях сердечно – сосудистой системы.

Приобретенные пороки сердца.

 Врожденные пороки сердца у беременных.

Ревматизм и беременность.

Беременность и роды при оперированном сердце.

 Беременность и роды при артериальной гипертензии.

2.Беременность и роды при заболеваниях дыхательной системы.

Пневмония.

 Бронхиальная астма и беременность.

3.Беременность и роды при заболеваниях пищеварительной системы.

Язвенная болезнь и беременность.

Острый холецистит и беременность.

 4.Беременность и роды при заболеваниях мочевыделительной системы.

 Пиелонефрит.

Гломерулонефрит.

Мочекаменная болезнь.

5.Беременность и роды при заболеваниях эндокринной системы.

Сахарный диабет и беременность.

Тиреотоксикоз и беременность.

Диффузный токсический зоб и беременность.

6.Заболевания системы крови и беременность.

 Железодефицитная анемия и беременность.

7. Резус – конфликтная беременность и беременность при групповой несовместимости крови.

Определение понятия, классификация, группа риска, этиология, клиника, методы диагностики, особенности течения и ведения беременности, принципы комплексного лечения и ухода, диспансеризация фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных препаратов, показания и противопоказания к применению лекарственных средств,

побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп, выполнение лечебных вмешательств и показания к прерыванию беременности при перечисленных заболеваниях.

**Введение**

В аналитических обзорах ВОЗ и МЗ РФ отмечается возрастание частоты возникновения экстрагенитальной патологии у беременных (особенно сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний). Актуальность диагностики заболеваний внутренних органов у беременных обусловлена необходимостью лечения экстрагенитальной патологии, профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

Проблема беременности при терапевтических заболеваниях остается одной из важнейших в современной медицине. Необходимость сохранения здоровья матери и ненанесение вреда ребенку – одна из главных задач медицинского работника. В решении этой задачи важную роль играет акушерка.

Актуальность диагностики заболеваний внутренних органов у беременных обусловлена необходимостью лечения экстрагенитальной патологии, профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

Необходимость сохранения здоровья матери и не нанесение вреда ребенку – одна из главных задач медицинского работника.

**1. Беременность и роды при заболеваниях сердечно – сосудистой системы.**

Наибольшее значение для здоровья матери и плода имеет наличие следующих заболеваний сердечно – сосудистой системы: артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, приобретенные пороки сердца, врожденные пороки сердца, ревматизм, оперированное сердце.

**1.1Приобретенные пороки сердца.**

К ним относятся: митральный стеноз, недостаточность митрального клапана,

недостаточность аортального клапана,стеноз устья аорты.

Недостаточность и стеноз трехстворчатого клапана, обычно, имеет ревматическую природу, сочетается с поражением митрального клапана и очень редко оказывается "изолированным" пороком.

 У беременных с пороками сердца имеют место наруше­ния материнско -плодовых взаимоотношений.

Эти изменения приводят к развитию застойных явлений в легких, печени, почках и нару­шению их функций.

**1.2 Врожденные пороки сердца у беременных.**

Рассмотрим основные из них: дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло.

**Методы исследования сердечно – сосудистой системы у беременных.**

К ним относятся: анамнез, электрокардиография, эхокардиография, реография, пробы с физической нагрузкой до частоты сердечных сокращений 150 в минуту применяют и у беременных, мониторирование АД и ЭКГ, исследования функции внешнего дыхания и кислотно-щелочного состояния, исследования крови.

**1.3 Тактика ведения беременности и родов у женщин с заболеваниями сердечно – сосудистой системы.**

Основой правильного ведения и лечения беременных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, является точная диагностика, учитывающая этиологию болезни. Поэтому беременные должны быть госпитализированы в стационар не менее трех раз:

**I-ая** госпитализация - на 8-10-й неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности.
При митральном стенозе I ст. беременность может быть продолжена при отсутствии обострения ревматического процесса.

Недостаточность митрального клапана является противопоказанием к беременности только при наличии сердечной слабости или активизации ревматического процесса, а также при его сочетании с нарушением ритма сердца и недостаточностью кровообращения.

Стеноз аортального клапана - беременность противопоказана при признаках недостаточности миокарда, при значительном увеличении размеров сердца беременной.

Недостаточность аортального клапана - прямые противопоказания.
Врожденные пороки бледного типа совместимы с беременностью, если не сопровождаются легочной гипертензией.

Острый ревматический процесс или обострение хронического – противопоказание к беременности.

Вопрос о прерывании беременности до 12 недель решают в зависимости от выраженности порока, функционального состояния системы кровообращения и степени активности ревматического процесса.

**II-ая** госпитализация - на 28-29-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок.
**III-я** госпитализация - на 37-38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

**1.4 Консервативное лечение беременных с МС.**

Показано лечение и профилактика недостаточности кровообращения. Для этого используют диуретики, не допуская избыточного диуреза. Можно назначить бетаблокаторы, особенно при тахикардии с синусовым ритмом. Дигоксин показан при мерцательной арит­мии.

**1.5 Лечение беременных с МН.**

При легкой и умеренной МН лечение не требуется. При мерцательной аритмии назначают дигоксин. При тяжелой декомпенсированной МН применяют ди­уретики; при мерцательной аритмии — сердечные гликозиды.

**1.6Лечение беременных со С А**.

 Всем больным независимо от тяжести С А необходима профилактика инфекционного эндокардита. При появлении систолической дисфункции левого желу­дочка с застойной сердечной недостаточностью назначаются сердечные гликозиды, диуретики. Проводится активное лече­ние мерцательной аритмии (восстановление синусового рит­ма).

Возможные осложнения во время беременности: поздний гестоз, гипоксия и гипотрофия плода, фетоплацентарная недостаточность, угроза невынашивания беременности, недостаточность кровообращения.    При появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии больную необходимо госпитализировать независимо от срока беременности.
 При неэффективности лечения, наличии противопоказаний к оперативному вмешательству на сердце принимают решение о прерывании беременности.

Родоразрешение беременных проводят в специализированном стационаре, где пациентка находится под наблюдением не только [акушера-гинеколога](http://www.art-med.ru/services/info/46.asp), но и [терапевта](http://www.art-med.ru/services/info/17.asp), [кардиолога](http://www.art-med.ru/services/info/cardiolog.asp), анестезиолога-реаниматолога. При отсутствии сердечной недостаточности проводят родоразрешение через естественные родовые пути под мониторным контролем за функцией сердечно-сосудистой системы и состояния плода.

Возможные осложнения в родах: слабость родовой деятельности, преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, акушерские кровотечения, недостаточность кровообращения.

    В последнее время несколько расширили *показания для проведения* *кесарева сечения* у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. К ним относят следующие: тяжелая стойкая мерцательная аритмия; обширный инфаркт миокарда и признаки ухудшения гемодинамики; сочетание заболевания сердца и акушерской патологии.

Самостоятельное родоразрешение через естественные родовые пути допускают при компенсации кровообращения у больных с недостаточностью митрального клапана, комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, аортальными пороками сердца, при обязательном обезболивании родов, для профилактики возникновения или усугубления сердечной недостаточности (следует начинать с в/м введения 2 мл 0,5% раствора диазепама и 1 мл 2% промедола уже с момента появления первых схваток.

Успешному родоразрешению может способствовать ведение родов в условиях гипербарической оксигенации, учитывая возможные осложнения ГБО в послеродовом периоде.

**1.7 Ревматизм и беременность**.

*Ревматизм* - это системное заболеваний соединительной ткани, с преимущественной локализацией в органах кровообращения, у лиц, имеющих предрасположенность. Частота ревматизма среди беременных составляет 2—6%. Имеют значение и трудности диагностики активности ревматизма во время беременности, так как типичные клинические признаки и лабораторные данные - субфебрилитет, одышка при физической нагрузке, слабость, утомляемость, тахикардия, аритмия, лейкоцитоз и СОЭ могут быть и при физиологическом течении беременности. И в то же время ревматизм во время беременности может протекать под маской анемии и нарушения кровообращения.

**1.8 Диагностика ревматизма у беременных.**

а) анамнез

б) ЭКГ

в) эхокардиоскопия с допплеркардиографией

г) мониторирование АД и ЭКГ

Кроме общеклинических и биохимических исследований беременным следует определить титры антистрептолизина-О, антистрептогиалуронидазы, оценить состояние клеточного и гуморального иммунитета.

Наибольшее число обострений ревматизма падает на 1 триместр. Это обострение обусловлено: ранней иммунной депрессией, продолжением латентного ревматизма, особенно на фоне угрожающего выкидыша. Характерным для этого срока в клинике обострения ревматизма является недостаточность кровообращения.

Второй пик обострения ревматизма - послеродовой период на фоне истощения иммунных резервов, ослабления защитных механизмов при наличии раневой поверхности в матке. В остальные сроки беременности обострение наступает редко.

**1.9 Тактика ведения беременности и родов при обострении ревматизма**.

Показания для прерывания беременности: наличие активного процесса в 1 триместре, так как процесс активизации купировать не удается, а применение салицилатов и глюкокортикоидов противопоказано из-за тератогенного действия на плод, непрерывно рецидивирующий, острый и подострый ревматизм в любом сроке беременности, а также, если после активизации ревматизма прошло менее года - беременность прерывается. Профилактическое лечение при ревматизме в анамнезе во время беременности не проводится из-за опасности повреждающего действия пре-паратов. Проводится активная санация очаговой инфекции носоглотки, в послеродовом периоде необходимо специфическое профилактическое лечение.

**1.10 Осложнения во время беременности.**

Поздний гестоз, велик риск тромбоэмболии, особенно в послеродовом пе-риоде, фето - плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, невынашивание беременности, акушерские крово-течения. Дети, рожденные матерями с ревматизмом, предрасположены к инфекционно-аллергическим заболеваниям - врожденный дефект иммунитета.

**1.11 Беременность и роды при оперированном сердце.**

Беременность противопоказана, если с самого ее начала отмечаются признаки недостаточности кровообращения или активности ревматического процесса, признаки легочной гипертензии, мерцательная аритмия, тромбо-эмболические осложнения в недавнем прошлом. Таким больным показана комиссуротомия. При хорошем ее результате возможна беременность. Оптимальный срок - от 1 до 2-х лет после операции. При сердечной астме и угрозе отека легких, нарастании сердечной недостаточности, приходится проводить комиссуротомию непосредственно во время беременности.
Можно проводить плановую комиссуротомию в срок до 24 недель (при наличии показаний к ней). Считается, что оставшегося времени до родов достаточно для восстановления гемодинамики. При хорошем результате операции - роды через естественные родовые пути с исключением 2-го периода.
 **1.12** **Беременность и роды при артериальной гипертензии.**

По данным ВОЗ, гипертензивный синдром при беремен­ности встречается у 4—20% женщин. АГ и связанные с ней осложнения до настоящего времени остаются одной из основных причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного.

Согласно российским рекомендациям «Профилактика, диагностика, и лечение артериальной гипертензии» артериальной гипертензией считается повышение САД более 140 мм рт ст и ДАД 90 мм рт ст.

Аг классифицируется по происхождению, степени повышения ад и степени риска.

**1.13 Тактика ведения беременности и лечение АГ.**

Медикаментозное лечение АГ начинают проводить при по­вышении ДАД в положении сидя выше 90 мм рт.ст. Повышение АД выше 150/100 мм рт.ст. является основанием для госпитали­зации.

Уровень АД выше 170/110 мм рт.ст. является критерием высокого риска инсульта или эклампсии. Выявление протеинурии служит пря­мым показанием для госпитализации и мониторирования. Вы­раженная гипертония требует немедленной медикаментозной терапии. Однако снижение АД не должно превышать 20—25% начального уровня, чтобы можно было обеспечить перфузию крови через плаценту. Материнская и детская заболеваемость и смертность повышаются, если у беременной на протяжении I триместра ДАД составляло 110 мм рт.ст. и более.

Для безопасного лечения АГ во время беременности при­меняют метилдопу (не рекомендуется на 16—20-й неделе бере­менности, так как повышается содержание допамина в нервной системе плода), нифедипин (предпочтительно пролонгирован­ные формы), гидралазин и лабетолол.

**1.14 Ведение беременности и родов.**

Самое частое осложнение гипертонической болезни - это развитие позднего гестоза, который проявляется с 28-32-ой недели беременности. Гестоз протекает крайне тяжело, плохо поддается терапии и повторяется при последующих беременностях. Нарушения функции плаценты приводит к гипоксии, гипотрофии и даже гибели плода. Нередко осложнение гипертонической болезни – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

   Роды при гипертонической болезни часто приобретают быстрое, стремительное течение или затяжное, что неблагоприятно сказывается на плоде. Для правильного ведения родов при гипертонической болезни беременную, трижды за время беременности госпитализируют в стационар по профилю заболевания.
**I-я** госпитализация – до 12 недель беременности. При обнаружении II А стадии заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др. IIБ и III стадии служат показанием для прерывания беременности.

**II-я** госпитализация в 28-32 недели – период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обсле-дование больной и коррекцию проводимой терапии.

**III-я** госпитализация должна быть осуществлена за 2-3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.
    Чаще всего роды проводят через естественные родовые пути. В первом периоде необходимо адекватное обезболивание, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия. В период изгнания гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В зависимости от состояния роженицы и плода II период сокращают, производя перинеотомию или наложение акушерских щипцов. В III период родов осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода.

**1.15 Лечение.**

Терапия гипертонической болезни включает в себя создание для больной психоэмоционального покоя, выполнения режима дня, диеты.Для коррекции плацентарной недостаточности разработаны лечебно-профилактические мероприятия, включающие помимо средств, нормализующих сосудистый тонус, препараты, воздействующие на метаболизм в плаценте, микроциркуляцию и биоэнергетику плаценты.

   Всем беременным с сосудистой дистонией назначают средства, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, эуфиллин), биосинтез белка и биоэнергетику (эссенциале), микроциркуляцию и биосинтез белка (алупент).

**2.Беременность и роды при заболеваниях дыхательной системы.**

**2.1. Пневмония.**

Пневмония - это инфекционное заболевание лег­ких, преимущественно бактериальной природы, сопровождающееся симптомами поражения нижних дыхательных путей.

Пневмония классифицируется по условиям возникновения, по этиологии, по степени тяжести, по локализации, по осложнениям.

**Тактика ведения беременности и родов.**

При тяжелом течении заболевания вопрос о пролонгировании беременности реша­ется индивидуально. Тяжелое течение пневмонии с выраженной дыхательной недостаточностью при доношенной беременности может быть показанием к экстренному родоразрешению.

**2.2 Бронхиальная астма и беременность.**

[Бронхиальная астма](http://www.art-med.ru/dict/word97.asp) (БА) представляет собой хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, чаще инфекционно-аллергического характера, основным признаком которого являются приступы удушья.

БА классифицируется по клиническим формам, степени тяжести, клинико – патогенетическим вариантам.

**Тактика ведения беременности и родов.**

Беременные должны находиться на дис­пансерном учете у [терапевта](http://www.art-med.ru/services/info/17.asp) в женской консультации. В ранние сроки беремен­ности показана госпитализация больной в терапевтический стационар для ее обследования и решения вопроса о сохранении беременности. При ухуд­шении состояния требуется срочная госпитализация при любых сроках беременности. Обязательна госпитализация в стационар за 2-3 недели до родов для обследования и подготовки к родоразрешению. Больные бронхиальной астмой рожа­ют обычно через естественные родовые пути при доношенной беременности. В том случае, если состояние пациентки ухудшается, лечение неэффективно, появляются симпто­мы легочно-сердечной недостаточности, показано досрочное родоразрешение. Тяжелая дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, аномальная родовая деятельность, гипоксия плода служат показаниями для родоразрешения путем кесарева сечения. В раннем послеродовом периоде у женщины возможно развитие кровотечения. Послеродовой период нередко сопровождается гнойно-воспалительными осложнениями, появлением симптомов бронхиальной астмы.

Лечение осуществляется под контролем врача. Лечение астмоидного состояния необходимо проводить в стационаре.

**3.Беременность и роды при заболеваниях пищеварительной системы.**

**3.1 Язвенная болезнь и беременность.**

Язвенная болезнь (ЯБ) —полиэтиологическое циклически протекающее заболевание со сложным патогенезом, характерным признаком которого является наличие дефекта слизистой желудка или 12 перстной кишки.

ЯБ классифицируется по локализации язвы, причинам образования, форме и течению, фазе, характеристике морфологического субстрата, размерам язвы, нарушениям секреторной и моторной функции, осложнениям.

Во время беременности значительно уменьшается выработка соляной кислоты. С этим связывают малую частоту обострения ЯБ в период беременности, а также крайне редкие осложнения ЯБ у беременных.

В послеродовом периоде кислотность желудочного сока, повышается, а имеющаяся ЯБ обостряется, подобные явления наблюдаются при искусственном прерывании беременности.

Однако обострение Я Б во время беременности возможно. Чаще обострения возникают либо в I триместре беременности, либо в III, за 2—4 нед. до родов, а также в раннем послерододовом периоде.

Клинические проявления ЯБ во время беременности определяются локализацией язвы и частотой обострений. При неосложненной ЯБ ведущими являются боль и диспепепсия.

Боль, разлитого характера, преимущественно в верхнем правом квадранте живота, имеет четкую связь с приемом пищи, характеризуется периодичностью.

 Рвоту, как проявление обострения ЯБ, необходимо отличать от рвоты при раннем гестозе беременных. В последнем случае она сопровождается мучительной тошнотой, не успокаивается приемом пищи и не приносит облегчения. При ЯБ рвота возникает на фоне пищеварения и приносит облегчение больной.

**Лечение.**

Лечение ЯБ в период беременности должно осущест­виться исключительно в стадии обострения заболевания. Для снижения агрессии желудочного содержимого при беременности используются антациды, но ограничено их применение в первом триместре. В качестве антисекреторных средств применяются некоторые неселективные М-холинолитики, фитотерапия, миотропные спазмолитики. Не назначаются селективные М – холинолитики, Н2 блокаторы, ингибиторы протонной помпы, висмутсодержащие препараты.

**3.2 Острый холецистит и беременность.**

Диагностика острого холецистита, как и других острых заболеваний органов брюшной полости при беременности, связана с известными трудностя­ми, которые обусловлены изменением топографоанатомических взаимоотноше­ний, присоединением осложнений беременности (поздние гестозы).

**Тактика ведения беременных.**

 Больные госпитализируются в отделение патологии беременных, лечение больных проводят совместно с тера­певтами, хирургами. Назначается постельный режим, голод на 24—48 ч, спазмо­литики (но-шпа, баралгин, ависан, папаверин), внутривенное введение изотони­ческого раствора натрия хлорида и глюкозы, комплекс витаминов. При отсутствии эффекта от консервативного лечения должен быть решен вопрос об операции. В послеоперационном периоде назначается лечение, направ­ленное на сохранение беременности. Если заболевание развивается к концу беременности, то одновременно с консервативным лечением холецистита про­водится подготовка родовых путей к последующему родовозбуждению. При неосложненном холецистите прог-ноз для матери и плода в целом удовлетвори­тельный.

**4.Беременность и роды при заболеваниях мочевыделительной системы.**

**4.1** **Пиелонефрит.**

Пиелонефрит – неспецифическое инфекционное заболевание почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно – лоханочной системы.

Классификация: по течению, первичности возникновения, фазам хронического процесса, локализации, наличию осложнений, функции

почек, особые клинические формы.

Сейчас пиелонефрит встречается чаще в латентной форме, со стертой клинической симптоматикой, с отсутствием болей в поясничной области. Только лабораторная диагностика позволяет поставить диагноз.

Сроки возникновения пиелонефрита: при беременности на 23-28 недель, на 32-34 неделе, когда матка достигает максимума в размерах,39-40 недель - головка прижата ко входу в малый таз, после родов - 2-5 сутки, 10-12 сутки.

Пиелонефрит клинически проявляется по - разному в разные сроки беременности. В первом триместре - для пиелонефрита характерная острая картина (нет еще максимальной гормональной перестройки). Во втором и третьем триместре - стертая картина. Если во втором и третьем триместре есть острые боли, то можно думать о мочекаменной болезни.

**Особенности течения беременности при пиелонефрите.**

Возможные осложнения во время беременности: поздний гестоз, угроза прерывания беременности, которую провоцирует болевой синдром, лихорадочное состояние, опасность внутриутробной гипоксии, гипотрофия внутриутробное инфицирование плода. Пиелонефрит может быть в чистой форме или в сочетании с поздним гестозом.

**Методы диагностики:** общий анализ крови, анализ мочи (проба Зим-ницкого, общий анализ мочи, проба Нечипоренко, Аддиса – Каковского, Амбурже, исследование мочи на бактериурию, УЗИ.

**Тактика ведения беременности**.

При первом обращении женщин с пиелонефритом в женскую консультацию ее госпитализируют в стационар по профилю заболевания в плановом порядке для решения вопроса о пролонгировании беременности. Последующие сроки госпитализации соответствуют критическим срокам. На роды женщина госпитализируется за 2 недели до срока родов для выбора метода родоразрешения. Родоразрешение у больных пиелонефритом предпочтительно через естественные родовые пути в обсервационном отделении роддома многопрофильной больницы. Широко используются спазмолитики и анальгетики. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям. Обострение во время родов происходит в результате окклюзии мочеточников поэтому во время родов назначают спазмолитики обязательно. Лечение после родов должно проводится в течение 3 недель.

**Лечение.**

Проводится обязательно в условиях стационара. Прерывание беременности показано при: сочетании пиелонефрита с тяжелыми формами гестоза, отсутствие эффекта от проводимого лечения, острая почечная недостаточность, гипоксия плода.

**4.2 Гломерулонефрит.**

Гломерулонефрит - иммуно – комплексное заболевание, приводящее к поражению клубочков почек с прогрессивным течением, нарушением почечных функций и развитием почечной недостаточности.

Возбудитель - гемолитический стрептококк. Чаще всего это заболевание возникает после ангины, гриппа.

Классификация: по клиническому течению (острый, хронический), по клиническим формам (нефротическая, гипертоническая, гематурическая, смешанная, латентная).

**Тактика ведения беременности и родов**.

Гломерулонефрит не является абсолютным показанием для прерывания беременности. Прогноз для матери и плода может быть очень серьезным. Рано развивается поздний гестоз и протекает очень тяжело. Беременность осложняется самопроизвольным выкидышем, преждевременными родами, сердечной, почечной недостаточность, которые могут привести к гибели женщины, гипотрофией и гипоксией внутриутробного плода, вплоть до его антенатальной гибели. Велика гибель недоношенных детей после родов. Возможны кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде, так как развивается тромбоцитопения, изменения в коагуляционном звене, характерные для 1 фазы ДВС. В дальнейшем может быть тяжелая гипокоагуляция по типу 2-й и даже 3-ей фазы синдрома ДВС.В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности. Острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее, чем через 3-5 лет. Хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности. Ведение и лечение женщин с гломерулонефрит проводят совместно акушер-гинеколог и нефролог. Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, позднего гестоза, гипоксии и гипотрофии плода. В сроке 36-37 недель необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения считают обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока, нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение АД, присоединение тяжелых форм позднего гестоза, отсутствие эффекта от проводимого лечения). Назначают подготовку родовых путей и общепринятые схемы родовозбуждения. В родах применяют спазмолитики, анальгетики, проводят профилактику кровотечений. II период родов ведут в зависимости от цифр АД, состояния плода (управляемая гипотония, акушерские щипцы, перинеотомия). Кесарево сечение у беременных с гломерулонефритом производятпо акушерским показаниям. В послеродовом периоде при ухудшении состояния родильницу переводят в специализированный стационар, в дальнейшем она находится под наблюдением терапевта или нефролога.

**Лечение.**

Патогенетическое лечение во время беременности ограничено (исключаются глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты, гепарин). Проводится симптоматическая терапия: меньше всего влияют на плод спазмолитики (дибазол, папаверин, сульфат магния при гипертонических кризах), метилдопа, нифедипин, салуретики (фуросемид, дихлортиазид) прерывистыми курсами.

**4.3. Мочекаменная болезнь.**

В развитии МКБ играют роль: изменение фосфорно-кальциевого обмена, нарушение обмена мочевой и щавелевой кислоты, расширение мочеточников и лоханок, снижение их тонуса, затруднение оттока и повышение концентрации мочи - все это способствует образованию камней. Большая роль принадлежит инфекции. Хронический пиелонефрит осложняется мочекаменной болезнью или к мочекаменной болезни присоединяется.

**Тактика ведения беременности и родов.**

Оперативное лечение МКБ в плановом порядке у беременных не производят. С целью купирования приступа почечной колики применяют следующие медикаментозные средства: 2% раствор промедола 1,0 в/м, 50% раствор анальгина 2,0 мл в/м, баралгин 5 мл, 2,5% раствор галидора 2,0 мл, 2% раствор папаверина, 2% раствор НО-ШПЫ 2 мл, 1% раствор димедрола, 2-2,5% пипольфена 2 мл. Цистенал по 20 капель, ависан по 0,05 3 раза в день. Назначение диеты, препятствующей образованию камней**.**

**5.Беременность и роды при заболеваниях эндокринной системы.**

**5.1 Сахарный диабет и беременность**.

Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

 различают три основных вида сахарного диабета:

 сахарный диабет I типа – инсулинозависимый (ИЗСД);

 сахарный диабет II типа – инсулинонезависимый (ИНСД);

сахарный диабет III типа – гестационный диабет (ГД), который развивается после 28 нед. беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

**Течение диабета у беременных.**

Первые недели беременности. Течение сахарного диабета у большинства беременных остается без изменений, или наблюдают улучшение толерантности к углеводам, что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует снижения дозы инсулина.

Вторая половина беременности. Благодаря повышенной деятельности глюкагона, плацентарного лактогена, пролактина ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, повышается глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение инсулина.

К концу беременности, вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и дозы вводимого инсулина.

В родах возможна, как высокая гипергикемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем к 4-5 дню нарастает.

**Тактика ведения беременности и родов**.

Возможные осложнения.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.

Во второй половине беременности возможны такие акушерские осложнения, как поздний гестоз, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Течение родов осложняет наличие крупного плода, что является причиной осложнений в родах: слабость родовых сил, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарастание гипоксии плода, развитие функционально узкого таза, затрудненное рождение плечевого пояса, развитие эндометрита в родах, родовой травматизм матери и плода.

Сахарный диабет матери оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианотичность; крупная масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем. Наиболее тяжелым проявлением диабетической фетопатии является высокая перинатальная смертность детей.

 Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения. У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

**I-ая** госпитализация - в ранние сроки беременности (до 12недель) для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете: наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречают при тяжело протекающем заболевании, наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета, наличие сахарного диабета у обоих родителей,

сочетание сахарного диабета и резус-сенсибилизации матери.

**II-ая** госпитализация в стационар при сроке 21-25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности.

**III-я** госпитализация при сроке 34-35 недель для тщательного наблюдения за плодом, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

При неподготовленных родовых путях, отсутствии эффекта от родовозбуждения или появлении симптомов нарастающей гипоксии плода роды необходимо закончить операцией кесарево сечение.

До настоящего времени абсолютных показаний к плановому кесареву сечению при сахарном диабете не существует. Тем не менее, можно выделить следующие (кроме общепринятых в акушерстве): выраженные или прогрессирующие осложнения диабета и беременности, тазовое предлежание плода, наличие крупного плода, прогрессирующая гипоксия плода.

**5.1 Тиреотоксикоз и беременность.**

Синдром тиреотоксикоза является собирательным понятием, которое включает состояния, протекающие с клинической картиной, обусловленной избыточным содержанием тиреоидных гормонов в крови. Для обозначения этого состояния используется термин «гипертиреоз». Распространенность тиреотоксикоза во время беременности составляет 0,1—0,2%.

**Диффузный токсический зоб и беременность.**

Усиление функции ЩЖ в период беременности может привести к прерыванию беременности, нарушению процесса имплантации и эмбриогенеза, процесса созревания плода (макросомия, гипотрофия), к развитию гестоза и железо дефицитной анемии, повышает риск рождения мертвого ребенка, наступление преждевременных родов или развития тяжелых форм позднего гестоза.

Иногда ранний гестоз беременных, особенно при сочетании с увеличением ЩЖ, бывает трудно отличить от дебюта диффузного токсического зоба (ДТЗ). При значительном повышении уровня Т4 в I триместре могут появиться некоторые симптомы тиреотоксикоза, характерные для обычной беременности. Проходящие самостоятельно. Это состояние получило название *транзиторный тиреотоксикоз беременных*.

Беременные с выраженным гестозов первой половины беременности могут иметь повышенные концентрации свободных Т4 и ТЗ.

У детей, матери которых страдали тиреотоксикозом, отмечается высокая частота зоба или дисфункции ЩЖ.

**Течение токсического зоба при беременности имеет особенности.**

Клиническое течение процесса зависит от формы тиреотоксикоза и срока беременности. Для легкой формы ДТЗ в 1 -й половине беременности характерны тахикардия в покое и у ряда больных гипотония. Во 2-й половине беременности состояние улучшается и у части больных наступает эутиреоз.

При средней тяжести заболевания улучшение состояния не наступает и с 28—30-недельного срока беременности прогрессирует тахикардия, возможно развитие мерцательной аритмии.

При ухудшении состояния или возникновении осложнений в период беременности (угроза прерывания, гестозы беременных и др.) больные должны быть госпитализированы.

Тиреотоксикоз с зобом или без него является показанием для прерывания беременности до 28-неделцного срока. Противопоказано продолжение беременности, если женщина лечилась метилурацилом, так как препарат легко проникает через плаценту и вызывает у плода развитие зоба и аномалий. В лечении используются препараты из группы тионамидов (тиамазол, пропилтиоурацил). Эффективность лечения тиреотоксикоза превышает вероятность возможного тератогенного влияния.

**Ведение беременных с диффузным токсическим зобом.**

У женщин с ДТЗ необходимо добиться полного устранения тиреотоксикоза до наступления беременности. Пpu наступлении беременности у больных ДТЗ в I триместре (5—6 нед) необходимо решить вопрос о возможности сохранения беременности, так как ее продолжение у этих больных ухудшает течение тиреотоксикоза, при этом может наступить декомпенсация сердечно-сосудистой системы и развиться поздний гестоз.

**6.Заболевания системы крови и беременность.**

**6.1 Железодефицитная анемия и беременность**.

Во время беременности происходят значительные изменения в системе кроветворения. Увеличение массы крови, эритроцитов и гемоглобина начинается с первых месяцев беременности. По мере прогрессирования беременности происходит стимуляция эритропоэза. Объем циркулирующей плазмы к концу беременности возрастает на 35—47%, опережая рост объема циркулирующих эритроцитов, который также увеличивается, начиная с 10 - 11 недели беременности и к концу ее возрастает на 18—25%. Содержание гемоглобина снижается постепенно к III триместру. Содержание лейкоцитов повышается в конце III триместра.По мере прогрессирования беременности отмечается значительное повышение содержания фибриногена в крови. Во II и III триместрах увеличивается содержание факторов внутреннего прокоагулянтного звена. По мере развития беременности постепенно повышается скорость свертывания крови и усиливаются структурные свойства сгустка крови. В период беременности потеря железа организмом женщины составляет240 мг из расчета 0,8 мг в сутки. Потребление железа более выражена с 16—20-недельного срока, что совпадает с периодом костномозгового кроветворения плода и увеличением массы крови у беременной.

Необходимо отметить, что потребность в железе во время беременности в I триместре возрастает.

Железодефицитная анемия (ЖДА) – это клинико – гематологический синдром, характеризующийся снижением содержания гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови и нарушением баланса железа, что приводит к гипоксическому, сидеропеническому синдромам и дистрофическим изменениям в органах и тканях.

Частота ЖДА у беременных в разных странах колеблется от 21% до 80%. Латентный дефицит железа отмечается у 30 -50% женщин.

**Классификация:** по времени возникновения ЖДА различают анемию, возникшую во время беременности, и анемию, резвившуюся до ее наступления. Первая протекает тяжелее.

У большинства женщин к 28-30 недельному сроку беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов. В результате снижается показатель гематокрита, уменьшается количество эритроцитов, падает показатель гемоглобина.

**Диагностика.**

1.Клинический анализ крови плюс ретикулоциты и тромбоциты

2.Баланс железа: содержание сывороточного железа, ферритина,трансферрина, железосвязывающая способность сыворотки крови

3.Определение количества белка и белковых фракций крови

4. Обследование, направленное на выявление сопутствующих заболеваний, при которых может возникать дефицит железа и анемия.

**Течение и ведение беременности и родов при анемии.**

 При постановке на учет по беременности выясняется входит ли женщина в группу риска по развитию анемии . Группа риска по развитию анемии: беременные старше 35 лет, анемия в анамнезе, повторные роды, наличие экстрагенитальной патологии, выкидыши в анамнезе, преждевременные роды, ПОНРП в анамнезе, акушерские кровотечения в анамнезе, ранний гестоз в анамнезе.

Критические сроки беременности, в которые проводятся профилактические или лечебные мероприятия: 28 – 32 нед и за 2 – 3 недели до родов.

**Возможные осложнения:** ранние гестозы, угроза прерывания беременности, фето – плацентарная недостаточность, гипотрофия и гипоксия плода, многорожавшие женщины, многоплодная беременность. В родах возникают аномалии родовой деятельности, акушерские кровотечения, в последовом и раннем послеродовом периоде возникает кровотечение, опасность возникновения послеродовых септических состояний.

**Лечение.**

Используются препараты железа : сорбифер дурулес, фенюльс, тотема, тардиферон, ферроплекс, феррум – лек, ферро –фольгаммаи др.

Исключается применение препаратов железа парентерально.

Гемотрансфузии только по строгим показаниям при тяжелых осложненных анемиях.

**7. Резус – конфликтная беременность и беременность при групповой несовместимости крови.**

 Существует четыре группы крови. Им соответствуют следующие генотипы: первая (I) ОО, вторая (II) АА; АО, третья (III) ВВ ; ВО ,четвертая (IV) АВ Наследование резус-фактора кодируется тремя парами генов и происходит независимо от наследования группы крови. Наиболее значимый ген обозначается латинской буквой D. Он может быть доминантным - D, либо рецессивным - d. Генотип резус-положительного человека может быть гомозиготным - DD, либо гетерозиготным - Dd. Генотип резус-отри-цательного человека может быть – только dd, и ни как иначе.

**Особенности течения беременности при несовместимости по резус-фактору.**

*Резус-конфликт*. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного это состояние, возникающее в результате несовместимости крови матери и плода по некоторым антигенам. Наиболее часто гемолитическая болезнь новорожденного развивается вследствие резус-конфликта. При этом у беременной женщины резус-отрицательная кровь, а у плода резус-положительная. Во время беременности резус-фактор с эритроцитами резус-положительного плода попадает в кровь резус-отрицательной матери и вызывает в ее крови образование антител к резус-фактору, вызывающих разрушение эритроцитов плода. Распад эритроцитов приводит к повреждению печени, почек, головного мозга плода, развитию гемолитической болезни плода и новорожденного. В большинстве случаев заболевание быстро развивается после рождения, чему способствует поступление большого количества антител в кровь ребенка при нарушении целостности сосудов плаценты. Реже гемолитическая болезнь новорожденного вызывается групповой несовместимостью крови матери и плода (по системе АВО). При этом за счет агглютиногена (А или В), имеющегося в эритроцитах плода, но отсутствующего у матери, в материнской крови происходит образование антител к эритроцитам плода. Чаще иммунная несовместимость проявляется при наличии у матери I группы крови, а у плода - II, реже III группы крови.

Процесс иммунизации беременной женщины начинается с момента образования антигенов в эритроцитах плода. Поскольку антигены системы резус содержаться в крови плода с 9-10й недели беременности, а групповые антигены - с 5-6й недели, то в некоторых случаях возможна ранняя сенсибилизация организма матери. Проникновению антигенов в материнский кровоток способствуют инфекционные факторы, повышающие проницаемость плаценты, мелкие травмы, кровоизлияния и другие повреждения плаценты. Как правило, первая беременность у резус-отрицательной женщины при отсутствии в прошлом сенсибилизации организма протекает без осложнений. Сенсибилизация организма резус-отрицательной женщины возможна при переливаниях несовместимой крови (проводимых даже в раннем детском возрасте), при беременностях и родах (если у плода резус-положительная кровь), после абортов, выкидышей, операций по поводу внематочной беременности. После любого прерывания беременности у женщины с резус-отрицательной кровью с профилактической целью необходимо введение антирезус-иммуноглобулина. В течение беременности у женщины с резус-отрицательной кровью обязательно необходимо определение титра резус-антител в крови в динамике. Кроме того, могут возникать такие осложнения беременности и родов, как ранний и поздний гестоз, многоводие, угрожающие преждевременные роды, гипоксия и гипотрофия плода.