

**Министерство здравоохранения Украины**  
**Запорожский государственный медицинский университет**  
**А.В. Жарких., В.Г. Сюсюка., В.А. Плотник**

# **БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

Учебное пособие  
для студентов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней  
аккредитации и врачей - интернов

Утверждено ЦМС ЗГМУ  
протокол № 3 від 27 листопада 2014 р.

Запорожье  
2014г.

**Авторы:**

Жарких А.В., профессор кафедры акушерства и гинекологии (Запорожский государственный медицинский университет)

Сюсюка В.Г., доцент кафедры акушерства и гинекологии (Запорожский государственный медицинский университет)

Плотник В.А., врач (родильный дом №9 г. Запорожье)

**Рецензенты:**

Луценко Н.С. – зав. кафедрой акушерства и гинекологии, д.м.н., профессор (Запорожская медицинская академия последипломного образования)

Барковский Д.Е., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины, д.м.н., (Запорожский государственный медицинский университет)

## Содержание

1. Введение.....	4
2. Беременность и заболевания сердца.....	5
3. Беременность на фоне хронической гипертензии.....	16
4. Беременность и заболевания почек.....	22
5. Ведение беременности и родов у больных предгестационным сахарным диабетом.....	31
6. Ведение беременности и родов у больных гестационным диабетом.....	36
7. Беременность и заболевания щитовидной железы.....	40
8. Железодефицитная анемия у беременных.....	44
9. Литература.....	52

## **Введение**

За последние десятилетия возросла интенсивность исследований особенностей течения экстрагенитальных, прежде всего внутренних, болезней у беременных и влияние их на развитие беременности и состояние плода. Благодаря совместным усилиям акушеров-гинекологов, терапевтов и врачей других специальностей достигнуты значительные успехи в развитии акушерской кардиологии, нефрологии, эндокринологии. Достижения науки стали достоянием практики. Изменилась тактика ведения беременности и родов. Шире стали разрешать беременность при различных формах заболеваний, ранее считавшихся противопоказанием для осуществления репродуктивной функции. Разработана система наблюдения за беременными в «критические сроки» для каждого патологического процесса, выделены факторы риска беременности и родов для женщины и плода. Определены наиболее адекватные способы родоразрешения, разработаны средства лекарственной и немедикаментозной терапии, не оказывающие отрицательного влияния на развитие плода и здоровье новорожденного.

Данное учебное пособие рекомендуется для студентов старших курсов и врачей –интернов (акушеров-гинекологов, терапевтов, семейных врачей и др.) высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации.

## **БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Наиболее частые клинически значимые виды кардиологической патологии в акушерской практике:

- врожденные пороки сердца;
- приобретенные пороки сердца;
- кардиомиопатии;
- инфекционный эндокардит.

Беременность в большинстве случаев приводит к ухудшению течения заболеваний сердца, возникновению осложнений (не бывших до беременности).

Кардиологические осложнения:

- аритмии;
- тромбоэмболии;
- нарушения мозгового кровообращения;
- расслоение аорты;
- перипортальная кардиомиопатия.

Иногда заболевания сердца впервые клинически выявляются и диагностируются во время беременности.

### **Прегавидарная подготовка**

1. Комплексное обследование для установления причины и степени поражения структур сердца, стадии сердечной недостаточности, диагностики возможных осложнений, определения показаний к хирургическому лечению.
2. Радикальное хирургическое лечение основного заболевания (и/или осложнений).
3. Адекватное медикаментозное лечение.

4. Коррекция осложнений, которые отягощают течение кардиологической патологии (анемия, нарушение системы гемостаза, тиреоидная дисфункция и др.).
5. Санация очагов хронической инфекции.
6. Нормализация массы тела.
7. Повышение толерантности к физическим нагрузкам.

### **Прекоцепционное консультирование**

Информировать беременную по таким вопросам:

1. *Степень риска будущей беременности для здоровья и жизни женщины.*
2. *Необходимость продолжения медикаментозного лечения во время беременности и возможное негативное его влияние на плод.*
3. *Риск врожденного заболевания сердца у будущего ребенка.*
4. *Ожидаемая продолжительность жизни женщины и способность ее осуществлять наблюдение за ребенком.*

После этого консультирования больная и врач совместно принимают решение о возможности планирования беременности и проведения соответствующей подготовки или контрацепции.

### **Этапы диагностики и лечения**

#### **Общие вопросы**

1. Оценка степени риска беременности при заболеваниях сердца позволяет определить прогноз течения и последствий беременности для матери, решить основные вопросы тактики ведения беременной.
2. Кардиологическая патология в зависимости от характера и степени структурного поражения сердца, состояния легочной и системной гемодинамики, наличия гипоксемии, нарушений сердечного ритма, коронарного кровотока и др. можно определить 4 степени риска (Дополнение 1).

### **Общий алгоритм диагностики**

1. Изучение жалоб и анамнеза.
2. ЭКГ в 6 стандартных и 6 грудных отведениях.
3. Эхокардиография.

### **По специальным показаниям (рекомендации специалиста)**

1. Холтеровское мониторирование ЭКГ.
2. Трансэзофагальная эхокардиография.
3. Допплероэхокардиография.
4. Рентгенография органов грудной клетки (после 12 недель).
5. Чрескожная оксиметрия.

Инвазивные и радиоизотопные методы исследования во время беременности применяются только по жизненным показаниям в случае подготовки к кардиохирургической операции.

После обследования и уточнения диагноза решается вопрос о возможности вынашивания беременности (Дополнение 2, 3).

### **Основные задачи амбулаторного этапа наблюдения**

1. Рациональное питание, объем жидкости, режим труда и отдыха, дозированные физические нагрузки.
2. Профилактика отягощающих заболеваний (анемия, гипертензия, гипотиреоз, преэклампсия)
3. Санация хронических очагов инфекции.
4. Плановая госпитализация в соответствующие сроки и медицинские учреждения.
5. Раннее выявление декомпенсации.
6. Мониторинг состояния плода.
7. Психологическая подготовка к родам.

## Санаторное оздоровление

Курс 24 дня в 16 – 32 недели беременности

### Противопоказания:

1. IV степень риска.
2. Декомпенсация.
3. Угроза выкидыша и преждевременных родов.
4. Преэклампсия.
5. Сроки беременности более 36 недель.

### Госпитализация

1. Плановая госпитализация (дополнение 2).
2. Экстренная госпитализация:

- острая сердечная недостаточность;
- появление и прогрессирование хронической сердечной недостаточности;
- пароксизмальная тахикардия, жизнеопасные аритмии;
- острая коронарная патология;
- тромбоэмболические осложнения;
- легочные кровотечения.

До 22 недель – профильный (кардиологический, ревматологический, кардиохирургический) стационар.

22 – 36 недель – специализированное отделение экстрагенитальной патологии акушерского стационара.

После 36 недель – то же самое



## **Лечение**

### ***Медикаментозное лечение***

*Проводят по строгим показаниям посиндромно*

Показания к назначению и состав лекарственных средств назначает кардиолог. Среди сугубо кардиологических препаратов беременным противопоказаны ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину II, непрямые антикоагулянты – антагонисты витамина К и амиодарон (вызывает дисфункцию щитовидной железы у новорожденных (гипотиреоз, гипертиреоз, зоб).

### ***Хирургическое лечение***

болезней сердца во время беременности применяют в плановом (I), или в экстренном порядке.

Полностью безопасными для плода и течения беременности являются кардиохирургические вмешательства, какие выполняются без применения экстракорпорального (искусственного) кровообращения.

### **Медикаментозное лечение**

Оно является наилучшей альтернативой прерывания беременности в позднем сроке, если заболевания сердца операбельны и не требуют искусственного кровообращения.

Плановая операция на сердце проводится в период между 16 и 26 неделями беременности. Эти сроки безопасны для плода, риск для прерывания низкий и остается достаточно много времени для реабилитации больной до наступления родов.

Показания к плановой операции на сердце во время беременности:

- *митральный стеноз;*
- *клапанный стеноз легочной артерии;*
- *коарктация аорты;*
- *открытый артериальный проток;*
- *констриктивный перикардит;*
- *нарушения ритма и проводимости сердца.*

Если эффект от операции в оптимальные сроки хороший, беременность пролонгируют до физиологического срока родов и ведут их с учетом акушерской ситуации без исключения потуг.

Экстренное хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больной, проводят в любом сроке беременности и во время родов.

Если экстренную операцию проводят во время родов, то родоразрешение проводят сразу после операции согласно акушерской ситуации:

- *акушерские щипцы;*
- *кесарево сечение.*

Одновременное проведение операции на сердце и кесаревого сечения в плановом порядке не рекомендуется.

В случае тяжелого состояния (например, отек легких) как исключение проводят одновременно:

- *сначала кесарево сечение,*
- *затем операция на сердце.*

## **Родоразрешение**

### Беременные:

I степень риска – II уровень

II степень риска – III уровень

III и IV степень риска – специализированное учреждение

### Беременные

*I – II степени риска* – в сроке физиологических родов;

*III – IV степени риска* – нередко плановая индукция родов. Сроки родоразрешения индивидуальны.

### **Показания для досрочного родоразрешения (со стороны матери):**

- *нарастание сердечной недостаточности;*
- *нарастание коронарной патологии;*

- *расслоение аорты;*
- *присоединение презклампсии.*

### **В интересах плода:**

- *цианоз (пороки сердца синего типа);*
- *легочная гипертензия (синдром Эйзенменгера);*
- *задержка роста плода.*

Если нет акушерских и кардиологических показаний к кесареву сечению, роды начинают вести через естественные родовые пути.

Мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ.

Обезболивание: немедикаментозные и медикаментозные способы, в том числе и наркотические анальгетики. Оптимальный способ – эпидуральная анестезия.

### Кардиологические показания к КС:

- *аневризма аорты;*
- *коарктация аорты;*
- *выраженная систолическая дисфункция левого желудочка;*
- *констриктивный перикардит.*

### **Профилактика перед выпиской**

1. Консультирование по вопросам контрацепции.
2. I степень риска – 2-5 лет между родами.
3. III – IV степень риска – постоянная контрацепция (есть риск применения оральных и комбинированных инъекционных контрацептивов).

### Безопасные средства:

- *чисто прогестиновые таблетки (мини-пили);*
- *внутриматочные средства, содержащие медь;*
- *барьерные методы:*
- *спермициды;*
- *роль мужа/партнера в планировании семьи.*

**Ступені ризику вагітності при захворюваннях серця (Додаток 1 до  
Клінічного протоколу МОЗ України №42 від 27.01.2011)**

Ризик	Ознаки захворювання	Коментарі
I ступінь Не підвищений	Серцева недостатність клінічно відсутня Функціональний клас I Нормальний тиск у легеневій артерії ( $\leq 25$ мм рт.ст.) Гіпертрофії та дилатації серця немає	Вагітність не протипоказана, імовірність ускладнень не перевищує таку в популяції. Роди – згідно з акушерською ситуацією
II ступінь Помірно підвищений	Серцева недостатність I стадії Функціональний клас II Тиск у легеневій артерії помірно підвищений ( $>25$ мм рт.ст., але $\leq 50$ мм рт.ст.) Початкова чи помірна гіпертрофія відділу (відділів) серця Невелика дилатація відділу (відділів) серця	Вагітність є припустимою, хоча зумовлює певний ризик погіршення стану хворої. У більшості випадків можливе природне розродження, інколи виникає необхідність укорочення періоду потуг

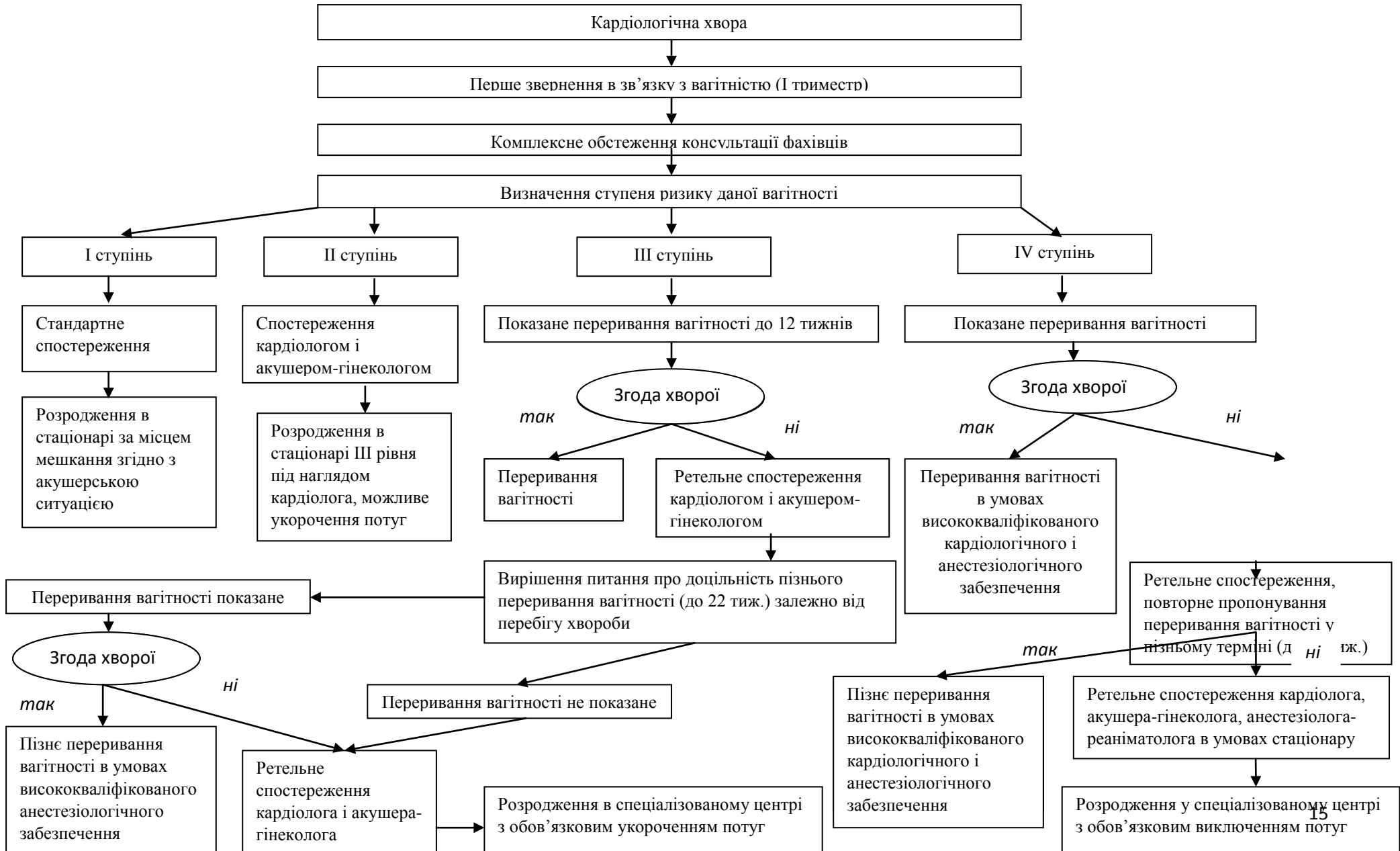
<p>III ступінь Високий</p>	<p>Серцева недостатність ІІА стадії Функціональний клас III Активність ревматизму II–III ступеня Гемодинамічно значущі порушення ритму Легенева гіпертензія (тиск у легеневій артерії &gt;50 мм рт.ст., проте не досягає системного) Значна гіпертрофія, перевантаження відділу (відділів) серця Велика дилатація відділу (відділів) серця Коронарна патологія (із синдромом стенокардії чи без нього) Обструкція вихідного тракту шлуночка (шлуночків) Аневризма аорти Інфекційний ендокардит Необхідність постійної антикоагулянтної терапії</p>	<p>Ризик вагітності значно підвищений, перебіг її супроводжується багатьма кардіологічними та акушерськими ускладненнями. Вагітність протипоказана і має бути перервана до 12 тижнів. Питання щодо пізнього переривання вирішується у кожному випадку індивідуально. Якщо характер захворювання припускає його хірургічне лікування, операція на серці є альтернативою перериванню вагітності. У родах – планове вкорочення періоду потуг чи кесарів розтин (за показаннями)</p>
<p>IV ступінь Вкрай високий</p>	<p>Серцева недостатність ІІБ чи ІІІ стадії Функціональний клас IV Легенева гіпертензія крайнього ступеня (тиск у легеневій артерії дорівнює системному або перевищує його) Ціаноз Значна систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду &lt; 40%) Розшаровуюча аневризма аорти</p>	<p>Висока імовірність материнської смерті. Показане переривання вагітності як у ранні, так і у пізні терміни. У родах – планове виключення потуг чи кесарів розтин (за показаннями)</p>

**Основні загальні питання тактики ведення вагітних із захворюваннями серця (Додаток 1 до Клінічного протоколу МОЗ України №42 від 27.01.2011)**

Ступінь ризику	Переривання вагітності		Лікарське спостереження	Планова госпіталізація	Пологи		Лактація	Виписка
	до 12 тиж.	у 13–22 тиж.			заклад	спосіб		
I	не показано	не показано	сімейний лікар або акушер-гінеколог і терапевт	у 39 тижнів	II рівня	згідно з акушерською ситуацією	не протипоказана	3–5 доба
II	не показано	не показано	акушер-гінеколог і терапевт	28–32 тиж. 37–38 тиж.	III рівня	згідно з акушерською ситуацією під спостереженням терапевта, у разі кардіологічних ускладнень – укорочення II періоду	не протипоказана	6–7 доба
III	показане	питання вирішується індивідуально залежно від динаміки стану хворої під час вагітності	акушер-гінеколог і кардіолог, кардіохірург	I триместр 28–32 тиж.  36 тиж.	спеціалізований центр	з обов'язковим укороченням II періоду, за показаннями – кесарів розтин*	питання вирішується індивідуально залежно від стану хворої після пологів	8–10 доба
IV	показане	показане	акушер-гінеколог і кардіолог, кардіохірург	I триместр 26–32 тиж.	спеціалізований центр	з обов'язковим виключенням потуг, за показаннями – кесарів розтин*	протипоказана	питання вирішується індивідуально, імовірна необхідність переведення до профільного стаціонару

# Тактика ведення вагітності при хворобах серця

Додаток 3 до Клінічного протоколу МОЗ України №42 від



# ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

(приказ МЗ Украины № 676 – 2004 г.)

## Классификация

### 1. По уровню АД

Артериальная гипертензия	Систолическое АД, мм рт. ст.	Диастолическое АД, мм рт. ст.
I степени (мягкая)	<b>140–159</b>	<b>90-99</b>
II степени (умеренная)	<b>160–179</b>	<b>100–109</b>
III степени (тяжелая)	<b>≥ 180</b>	<b>≥ 110</b>
Изолированная систолическая	<b>≥ 140</b>	<b>≥ 90</b>

### 2. По поражению органов-мишеней

<b>I стадия</b>	<b>Объективные признаки органического поражения органов-мишеней отсутствуют</b>
<b>II стадия</b>	Есть объективные признаки органического поражения органов-мишеней без клинических симптомов с их стороны или нарушения функции: <ul style="list-style-type: none"><li>- гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии);</li><li>- генерализованное или фокальное сужение артерий сетчатки;</li><li>- протеинурия, небольшое увеличение концентрации креатинина в плазме крови (до 177 мкмоль/л).</li></ul>
<b>III стадия</b>	Есть объективные признаки органического поражения органов-мишеней при условии наличия клинических симптомов с их стороны или нарушении функции: <ul style="list-style-type: none"><li>- сердца – инфаркт миокарда, сердечная недостаточность IIА стадии или выше;</li><li>- мозга – мозговой инсульт, энцефалопатия;</li><li>- сетчатки – кровоизлияния с отеком диска зрительного нерва;</li><li>- почек – концентрация креатинина в плазме крови &gt; 177 мкмоль/л;</li><li>- сосудов – расслаивающая аневризма аорты</li></ul>



## **Диагностика**

- ❖ анамнестические данные по повышению АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст. до беременности
- ❖ беременные с хронической гипертензией – это группа риска по развитию преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, ЗРП и др.
- ❖ вопрос о вынашивании беременности решается сообща акушером-гинекологом и терапевтом (кардиологом)

## **Противопоказания к вынашиванию беременности (до 12 недель)**

- тяжелая артериальная гипертензия ( $AD \geq 180$  мм. рт. ст.)
- тяжелые поражения органов-мишеней (см. выше)
- злокачественное течение гипертензии ( $ДАД > 130$  мм. рт. ст., нейроретинопатия)

Главная цель медицинской помощи беременным с ХГ – это предупреждение возникновения сочетанной преэклампсии (как можно более раннее установление этого диагноза).

Присоединение ПЭ и ХГ у беременных ухудшает прогноз окончания беременности, увеличивает риск материнских и перинатальных осложнений.

## **Профилактика развития преэклампсии:**

- ацетилсалициловая кислота 60-100 мг/сутки, начиная с 20 недель беременности;
- препараты кальция 2 г/сутки с 16 недель;
- морепродукты с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот;
- не следует ограничивать употребление кухонной соли и жидкости;
- постоянная антигипертензивная терапия не предупреждает развитие сочетанной преэклампсии, но может уменьшать выраженность, а также частоту материнских осложнений.

### **Признаки присоединения преэклампсии**

- появление протеинурии  $\geq 0,3$  г/сут во второй половине беременности;
- прогрессирование гипертензии и снижение эффективности предыдущей антигипертензивной терапии;
- появление генерализованных отеков;
- появление угрожающих симптомов: сильная стойкая головная боль, нарушение зрения, боль в правом подреберье и/или эпигастральной области, гиперрефлексия, олигурия.

### **Мониторинг состояния беременной**

1. Женская консультация – осмотр с измерением АД:
  - I половина – 1 раз в 3 недели;
  - 20 – 28 недель – 1 раз в 2 недели;
  - после 28 недель – 1 раз в неделю.
2. Суточная протеинурия:
  - первое посещение ЖК;
  - 20 – 28 недель – 1 раз в 2 недели;
  - после 28 недель – 1 раз в неделю.
3. Ежедневный самоконтроль АД в домашних условиях.
4. Офтальмоскопия:
  - первое посещение ЖК, 28, 36 недель;
  - при наложении преэклампсии – чаще.
5. ЭКГ:
  - первое посещение ЖК, 26-30, > 36 недель.
6. Биохимическое исследование крови (общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, калий, натрий, фибриноген, фибрин, фибриноген В, протромбиновый индекс) при первом посещении женской консультации и после 36 недель беременности. При втором исследовании дополнительно определяют концентрацию билирубина и активность АЛАТ и АсАТ.

### **Мониторинг состояния плода**

1. Ультразвуковое исследование плода (эмбриона) и плаценты (хориона) - 9-11 недель, 18-22, 30-32 недели.
2. Актография (тест движений плода) - ежедневно после 28 недель беременности с отметкой в дневнике.
3. Гормональная кольпоцитология - I, II и III триместры.
4. Кардиотокография (после 30 недель), доплерография маточно-плацентарно-плодового кровотока, экскреция эстриола - по показаниям.

### **Госпитализация (II или III уровень)**

Показания:

- *присоединение преэклампсии;*
- *неконтролируемая тяжелая гипертензия, гипертензивный криз;*
- *появление или прогрессирование изменений на глазном дне;*
- *нарушение мозгового кровообращения;*
- *коронарная патология;*
- *сердечная недостаточность;*
- *нарушение функции почек;*
- *задержка роста плода;*
- *угроза преждевременных родов.*

### **Показания к прерыванию беременности в позднем сроке**

(консилиум - кардиолог, окулист, акушер-гинеколог и др.):

- *злокачественное течение артериальной гипертензии;*
- *расслаивающаяся аневризма аорты;*
- *острое нарушение мозгового или коронарного кровообращения (после стабилизации состояния больной);*
- *раннее присоединение преэклампсии, не поддающейся интенсивной терапии.*

## **Способ родоразрешения во всех этих случаях – абдоминальное кесарево сечение**

### **Лечение артериальной гипертензии**

Показанием к назначению постоянной антигипертензивной терапии во время беременности больной с хронической АГ является ДАД  $\geq 100$  мм.рт.ст., САД  $\geq 150$  мм рт.ст..

Цель АГ терапии – стойкая поддержка

*ДАД – 80-90 мм.рт.ст.*

*САД – 120-140 мм.рт.ст. (не ниже 110!)*

### **Немедикаментозные методы**

- охранительный режим (*исключение значительных психологических нагрузок, поддержка семьи, рациональный режим труда и отдыха, двухчасовой отдых днем в положении лежа, желательно на левом боку, после 30 недель*);

- рациональное питание (*суточный калораж до 20 недель 2500-2800, после 20 недель - 2900-3500 ккал, повышенное содержание белка и полиненасыщенных жирных кислот, ограничение животных жиров, холестерина*);

- психотерапия (*по показаниям*);

- лечебная физкультура (*по показаниям*).

### Не рекомендуется:

- *ограничение потребления поваренной соли и жидкости,*

- *уменьшение лишней массы тела до завершения беременности,*

- *физические нагрузки.*

### **Медикаментозная терапия**

1. Препарат выбора во время беременности – *метилдофа* (центральный  $\alpha_2$ -адреноагонист), в т.ч. в I триместре.

2. *Лабеталол* ( $\beta$ -адреноблокатор), незначительно проникает через плаценту, на плод и новорожденного влияет отрицательно редко.

3. *Нифедипин* (антагонист кальция).
4. *Помнить! – неожиданная чрезмерная гипотензия может привести к дистрессу плода.*
5. *Клонидин* – (стимулятор центральных  $\alpha_2$ -адренорецепторов) – не является тератогенным. Может вызывать синдром отмены у новорожденных, угнетение у них ЦНС. *Гидралазин* (миотропный вазодилататор) – отрицательное влияние на новорожденного (тромбоцитопения).
6. *Нитропруссид натрия* (тоже) – для быстрого снижения АД.
7. *Диуретики* – приводят к уменьшению ОЦК.
8. *Категорически противопоказаны ингибиторы АПФ.*
9. *Сульфат магния* - при присоединении тяжелой преэклампсии или эклампсии для предупреждения/лечения судорожных припадков.

### **Родоразрешение**

1. Если не развилась преэклампсия и гипертензия является контролируемой, беременность продолжают до физиологического срока родов.
2. При преэклампсии выбирают тактику в соответствии с ее тяжести.
3. В подавляющем большинстве случаев родоразрешение проводится через естественные родовые пути.
4. Обезболивание в I и II периоде родов – эпидуральная анестезия.
5. КС в случаях:
  - *тяжелая гипертензия;*
  - *поражение органов мишеней;*
  - *ЗРП (тяжелая форма).*
6. Родоразрешение до 34 недель – подготовка сурфактантной системы плода (дексаметазон).
7. III период родов ведется активно.
8. Лактацию не исключают (за исключением злокачественной гипертензии, тяжелых поражений органов-мишеней).

9. После выписки из акушерского стационара – наблюдение участкового терапевта (кардиолога), семейного врача.

## БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Пиелонефрит – 10 – 15%

Гломерулонефрит – 0,1 – 0,2%

Мочекаменная болезнь – 0,1 – 0,2%

**Пиелонефрит** – инфекционно-бактериальное заболевание с преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечек и почечной лоханки.

Предрасполагающие факторы для развития острого гестационного пиелонефрита и обострения хронического пиелонефрита во время беременности:

- ❖ *нарушение мочевыделения (изменение топографоанатомических взаимоотношений по мере роста матки);*
- ❖ *перестройка гормонального и иммунного статуса.*

## ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

**Возбудители:** кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактер, протей, стрептококки, стафилококки, грибы, неклостридиальные анаэробы и др.

**Неблагоприятный фон:** воспалительные процессы в ЖКТ, половых органах, кариозные зубы, фурункулез, панариций и другие очаги инфекции. Инфекция распространяется гематогенным, лимфогенным и восходящим путем.

**Патанатомия:** многочисленные периваскулярные инфильтраты в интерстициальной ткани. При неблагоприятном течении возникает нагноение инфильтратов с образованием мелких гнойничков в корковом веществе почки или под капсулой (апостематозный пиелонефрит). Реже образуется абсцесс или карбункул почки.

### **Клиника**

1. Заболевание возникает чаще на 22-28 неделе беременности или на 2-5 день послеродового периода.
2. Внезапное ухудшение самочувствия.
3. Слабость, головная боль, повышенная температура тела, озноб.
4. Дизурические явления, боли в реберно-поясничном углу, нарушение пассажа мочи.
5. Угрожающий аборт или преждевременные роды (16-24 недели) при присоединении гестоза на фоне хронического пиелонефрита.

### **Диагностика**

1. Во время беременности нет возможности использовать весь комплекс диагностических тестов (например рентгенологические методы).
2. **Клиническое наблюдение** (см. выше)
3. **Лабораторные методы:**

- лейкоциты выше  $11 \cdot 10^9 /л$ ;
- нейтрофильный сдвиг за счет увеличения палочкоядерных форм и гипохромная анемия;
- нарушение белкового баланса (диспротеинемия, относительное увеличение глобулинов);
- повышение уровня мочевины сыворотки крови;
- хронический пиелонефрит – проба по Зимницкому (гипостенурия);

- проба Нечипоренко (лейкоциты более  $4 \cdot 10^9$  в 1 мл мочи, увеличение количества эритроцитов);
- бактериологическое исследование мочи (количество бактерий в 1 мл мочи равно или превышает 10<sup>5</sup> микробных тел, особенно при повторных посевах мочи);
- во время беременности – хромоцистоскопия, в послеродовом периоде – экскреторная урография: для оценки пассажа мочи.
- исследование мочи (протеинурия);
- гематурия, цилиндрурия;
- «бессимптомная» бактериурия при отсутствии пиурии, «активных» лейкоцитов, гипостенурии - не является основанием для постановки диагноза пиелонефрита.

**Суточная потеря белка  $\geq 5$  г – противопоказания для продолжения беременности**

#### **4. Инструментальные методы:**

- УЗИ почек (увеличение размеров почки и понижение эхогенности паренхимы в результате отека в случае острого пиелонефрита);
- УЗИ почек при хроническом пиелонефрите мало информативно;

#### **Определение степени риска**

Степень риска зависит от давности заболевания

**I степень риска** – неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности

**II степень риска** – хронический пиелонефрит (возникший до беременности)

**III степень риска** – хронический пиелонефрит с гипостенурией, азотемией, пиелонефрит единственной почки. При этой степени риска беременность противопоказана.



## **Лечение**

1. Госпитализация в ОПБ акушерского стационара. В первые 22 недели возможно – урологическое отделение.
2. Постельный режим (положение на боку, противоположном локализации пиелонефрита).
3. Диета щадящая с обильным кислым питьем.
4. Антибактериальная терапия (полусинтетические пенициллины и цефалоспорины, не оказывающие вредного влияния на плод).
5. Антимикотические препараты (нистатин, ливари).
6. Спазмолитики (но-шпа, баралгин).
7. Витамины.
8. Уроантисептики (нитрофураны, невигамон).
9. Дезинтоксикационная терапия.
10. Абсцесс или карбункул почки – хирургическое лечение (декапсуляция, нефрэктомия).
11. Катетеризация мочеточников – дренирование верхних мочевыводящих путей с помощью самоудерживающегося катетера стента).

## **Ведение беременности и родов**

1. Лечение пиелонефрита.
2. Терапия, направленная на сохранение беременности и улучшения маточно-плацентарного кровоснабжения.
3. Досрочное прерывание беременности – при неэффективности лечения.
4. Роды – через естественные родовые пути.
5. Кесарево сечение – по строгим акушерским показаниям.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ**

**Клиника** яркая, схожая с картиной острого гестационного пиелонефрита, только при обострении процесса.

## **Ведение беременности и родов**

- ❖ Своевременное выявление и правильное лечение хронического пиелонефрита обеспечивает благоприятный исход беременности.
- ❖ Роды проводят через естественные родовые пути.
- ❖ 3 степени риска (как при гестационном пиелонефрите).
- ❖ III степень – беременность противопоказана.
- ❖ Хронический пиелонефрит + поздний гестоз ухудшают исходы для матери и плода.
- ❖ Досрочное родоразрешение (10%) проводят в связи с нарастанием гестоза и хронической плацентарной недостаточности.

## **БЕРЕМЕННОСТЬ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (0,1 – 0,2%)**

**Гломерулонефрит** – иммуновоспалительное заболевание почек с преимущественным поражением клубочков, но вовлекающим и канальцы, и межпочечную (интерстициальную) ткань.

**Возбудитель** – *β-гемолитический стрептококк группы А*

**Входные ворота:** миндалины (ангина, хронический тонзиллит), а также пиодермия, рожа. Скарлатина в настоящее время отошла на второй план.

В развитии гломерулонефрита имеет значение не непосредственный контакт микроорганизма с тканью почки, а иммуноаллергическая реакция организма на инфекцию. Предполагает к развитию острого гломерулонефрита переохлаждение организма. Гломерулонефрит развивается через 10-15 дней после стрептококкового заболевания.

## **Классификация**

Во время беременности по клиническому течению различают острый и хронический гломерулонефрит. Острая форма заканчивается к 3-й неделе, полное излечение – к 9-15 месяцу. Острый гломерулонефрит, не вылеченный в течение года, переходит в хроническую форму.

### **Основные формы острого гломерулонефрита:**

- ❖ *Циклическая (чаще)*
- ❖ *Ациклическая*

Во время беременности острый гломерулонефрит встречается не часто, т.к. заболевание обычно возникает в детском и подростковом возрасте.

### **Основные клинические формы хронического гломерулонефрита**

- ❖ *Злокачественные (подострая, быстро прогрессирующая).*
- ❖ *Смешанная.*
- ❖ *Нефротическая.*
- ❖ *Гипертоническая.*
- ❖ *Латентная.*
- ❖ *Терминальная.*

## **Клиника**

Острый гломерулонефрит: начало острое – головная боль, боли в пояснице, одышка, отеки на лице, олигурия, повышение АД. У 1/3 больных – лихорадка.

## **Диагностика**

Макрогематурия. Микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия у всех женщин. Лейкоцитурия, умеренная азотемия, снижение относительной плотности мочи. Почечная и внепочечная симптоматика держатся до 2-3 недель. Циклическая форма острого гломерулонефрита чаще развивается у детей и подростков. У взрослых чаще развивается ациклическая форма.

При остром гломерулонефрите плод часто погибает внутриутробно или наблюдается преждевременное прерывание беременности. Эти осложнения находятся в тесной зависимости от артериальной гипертензии или азотемии.

Острый гломерулонефрит во второй половине беременности может быть принят ошибочно за гестоз (чаще при циклической форме).

Ациклическая форма чаще принимает хроническое течение.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ**

**Клиническая картина** определяется особенностями клинической формы.

*Латентная форма* – стойкая гематурия, незначительная протеинурия.

*Нефротоксическая форма* – массивные отеки, протеинурия, гипопроteinемия, гипохолестеринемия, инфекции мочевыводящих путей.

*Гипертоническая форма* – высокие цифры САД, ДАД, мочевого синдром не выражен.

*Смешанная форма* – все типичные признаки с преобладанием тех или иных симптомов.

### **Диагностика**

1. УЗИ почек.

2. Результаты лабораторных исследований:

- микроскопия мочевого осадка;

- проба по Нечипоренко;

- гипо- и диспротеинемия;

- увеличение фибриногена, холестерина;

- увеличение креатинина, мочевины, мочевой кислоты, остаточного азота;

- проба по Зимницкому – норма;

- уменьшение клубочковой фильтрации (проба Реберга) менее 40 - 50%

## **Степени риска** для матери и плода при хроническом гломерулонефрите

I степень – латентная и гипертоническая формы (*если АД до беременности – нормальное*)

II степень – нефротоксическая форма

III степень – гипертоническая и смешанная формы, острый нефрит, обострение хронического нефрита, любая форма при наличии азотемии

**Беременность может быть разрешена при I степени риска**

## **Лечение**

1. Постоянное наблюдение нефролога, акушера.
2. Неоднократные госпитализации для контрольного обследования и лечения.
3. Лечение в основном симптоматическое

## **Течение и ведение беременности**

### **Течение**

- ❖ Раннее развитие позднего гестоза.
- ❖ Невынашивание и внутриутробная смерть плода.
- ❖ Задержка роста плода (10-35%) – гипертензия.
- ❖ Акушерские кровотечения
- ❖ Патология почек у детей.

### **Ведение**

- ❖ Роды ведут через естественные родовые пути (спазмолитики, анальгетики, гипотензивные).
- ❖ Профилактика кровотечения в родах.
- ❖ Ведение II периода родов определяется цифрами АД, состоянием плода.
- ❖ Управляемая гипотония, сокращение периода изгнания (эпизиотомия, акушерские щипцы).
- ❖ Кесарево сечение по акушерским показаниям (дистресс плода).

## **МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

(МКБ) (0,2-0,8%)

Эта патология у беременных встречается часто. Хронический пиелонефрит осложняется МКБ у 80% больных, при МКБ у 60-80% присоединяется пиелонефрит.

Изменения уродинамики у беременных предрасполагают к продвижениям конкрементов. В сроках, близких к доношенной беременности и в послеродовом периоде учащаются приступы почечной колики.

**Клиника:** боль, гематурия, отхождение конкрементов.

**Течение** и ведение беременности и родов

- ❖ Угроза выкидыша, преждевременных родов.
- ❖ ПОНРП.
- ❖ Внутриутробное инфицирование плода, дистресс плода.
- ❖ Роды ведут через естественные родовые пути.
- ❖ Досрочное родоразрешение при частых, плохо поддающихся лечению, приступах почечной колики.

# ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БОЛЬНЫХ С ПРЕДГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Приказ МЗ Украины №582 – 2003г

**Сахарный диабет** - синдром хронической гипергликемии, обусловленной абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, приводящей к нарушению всех видов метаболизма, поражения сосудов (ангиопатии), нервов (нейропатии), многих органов и тканей.

## **Классификация:**

1. Тип: *тип 1 и тип 2.*
2. Степень тяжести:
  - *легкая;*
  - *средняя;*
  - *тяжелая.*
3. Состояние компенсации:
  - *компенсация;*
  - *субкомпенсации;*
  - *декомпенсация.*
4. Осложнения:
  - *острые (комы);*
  - *хронические (микро-, макроангиопатии, нейропатии, другие органы (глаза, печень, кишечник, кости, суставы)).*

**Диагностика** во время беременности не проводится. Окончательный диагноз установлен до беременности.

## **Специализированная медицинская помощь**

### **I триместр беременности**

1. Совместно с эндокринологом осмотр, комплексное обследование: гликемия натощак и после еды, суточная глюкозурия, ацетонурия, концентрация гликозилированного гемоглобина А1С; показатели функции почек, осмотр глазного дна.

2. Решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

### **Противопоказания к вынашиванию до 12 недель**

- *диабетическая нефропатия IV, V стадии;*
- *клинические проявления диабетической макроангиопатии (ишемическая болезнь сердца, ишемическая болезнь мозга, ишемия нижних конечностей);*
- *кома или прекоматозное состояние в I триместре;*
- *концентрация гликозилированного гемоглобина А1С в I триместре > 10%.*

3. Больным с сахарным диабетом типа 2 отменяются пероральные сахароснижающие средства и назначается человеческий инсулин в картриджной форме.

4. Больных с сахарным диабетом типа 1 "переводят" на человеческий инсулин, проводится коррекция (обычно уменьшение) дозы.

5. Проводится УЗИ в 10-12 недель.

### **II триместр беременности**

1. Критерии компенсации углеводного обмена:

- *нормогликемия натощак (3,3-5,6 ммоль/л);*
- *нормогликемия в течение суток (до 8,0 ммоль л).*

2. Плановая госпитализация в 22-24 недели беременности для коррекции инсулинотерапии, выявления признаков задержки внутриутробного развития плода или диабетической фетопатии, предупреждения многоводия, преэклампсии, инфекционных осложнений.

Показания к срочной госпитализации:

- *декомпенсация углеводного обмена;*
- *прогрессирование сосудистых осложнений;*



- артериальная гипертензия;
- почечная недостаточность;
- осложнения течения беременности (угроза прерывания, многоводие, преэклампсия);
- нарушение состояния плода.

### 3. Признаки диабетической фетопатии:

- увеличение скорости еженедельного прироста среднего диаметра живота до 3,6 мм или более;
- увеличение скорости еженедельного прироста среднего диаметра грудной клетки до 3,4 мм или более;
- повышение почасовой экскреции мочи плодом до 7,6 мл или больше.

## III триместр беременности

1. Мониторинг состояния плода в стационаре - УЗИ каждые 2 недели; кардиотокография еженедельно, актография дважды в день.

### 2. Признаки диабетической фетопатии:

- двойной контур головки;
- двойной контур туловища;
- многоводие;
- макросомия (при нормальных размерах головки).

3. Признаки гипоксии плода (по данным КТГ).

4. Оценка зрелости легких плода (лецитин/сфингомиелин  $\geq 3:1$ ).

5. Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода.

6. Подготовка шейки матки препаратами простагландина

$E_2$  (динопростон).

## Родоразрешение

1. Показания к плановому кесареву сечению:

- "свежие" кровоизлияния в сетчатку;
- преэклампсия средней тяжести или тяжелой степени;

- гипоксия плода;
- тазовое предлежание;
- масса плода > 4000 г.

2. Противопоказаниями к плановому кесареву сечению:

- диабетический кетоацидоз;
- прекоматозное состояние,
- кома.

3. Родовозбуждение:

- амниотомия при достаточно зрелой шейке матки;
- в/в капельное введение окситоцина (5 ЕД) или простагландина Е2 (5 мг) в 500 мл 5% глюкозы.

4. Контроль гликемии во время родов каждый час.

5. Мониторинг состояния плода.

6. Обезболивание родов – эпидуральная анестезия.

7. Контроль и коррекция АД.

8. Выведение головки проводится в интервале между потугами, чтобы рождение плечевого пояса совпало с последующей потугой.

9. В случае отсутствия полного раскрытия шейки матки в течение 8 часов решается вопрос об окончании родов путем кесарева сечения.

### **Лечение (совместно с эндокринологом!)**

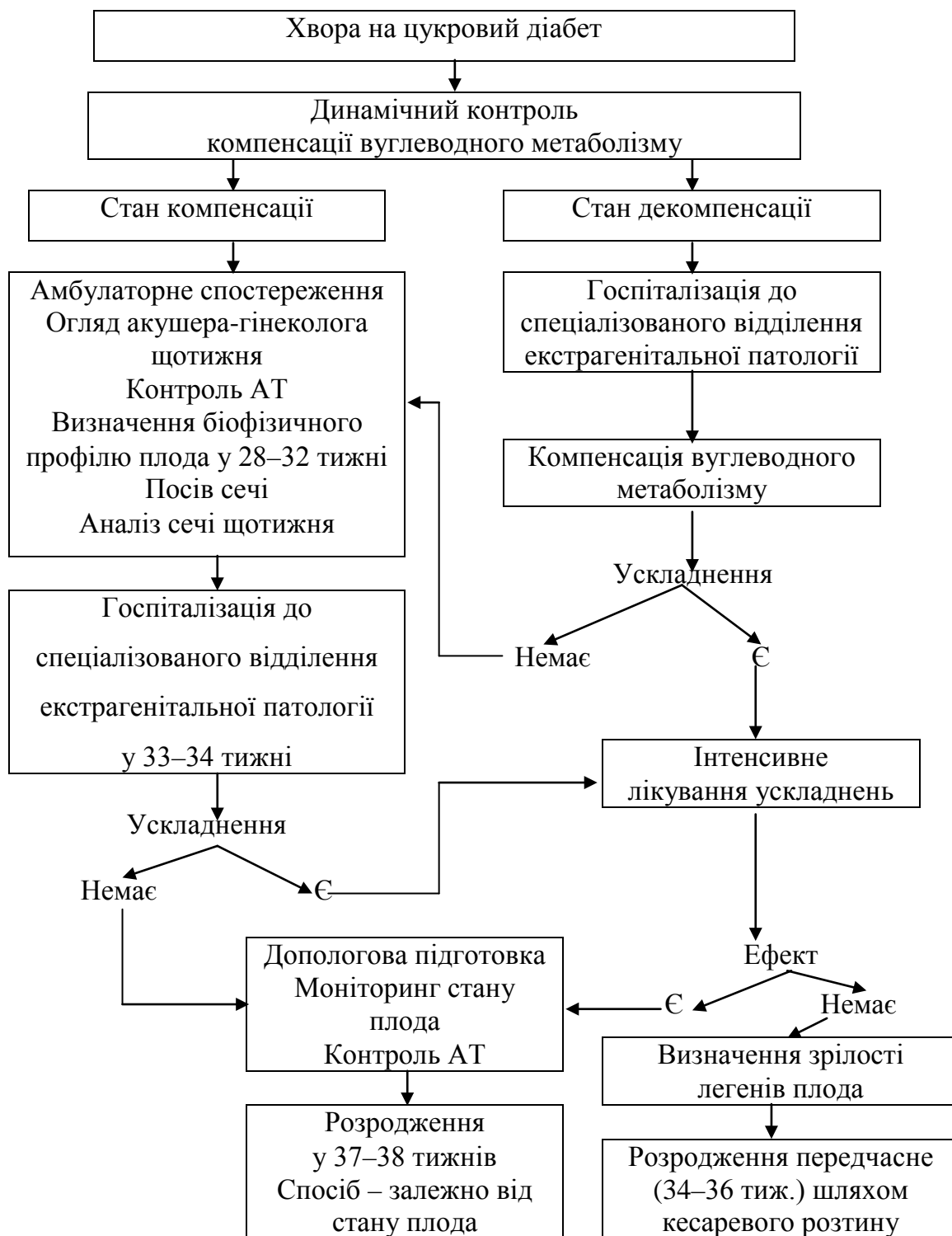
1. Цель лечения сахарного диабета во время беременности - максимально полная и стойкая компенсация углеводного метаболизма.

2. Цель инсулинотерапии во время родов - поддержание гликемии в пределах 4,5-7,5 ммоль/л.

3. Для коррекции гликемии во время родов или операции кесарева сечения применяют инсулин короткого действия (подкожно или внутривенно) и инфузией 5% или 10% глюкозы.

4. Диета

## Алгоритм ведення больної сахарним діабетом в ІІІ триместре беременности



# ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БОЛЬНЫХ ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ

Приказ МЗ Украины №582 – 2003г

**Гестационный диабет** - нарушение толерантности к глюкозе любой степени, возникшее (или впервые выявлено) во время беременности.

1. Факторы риска гестационного диабета (А):
  - сахарный диабет у родственников первой степени;
  - гестационный диабет при предыдущей беременности;
  - ожирение ( $> 120\%$  от идеальной массы тела);
  - многоводие;
  - отягощенный акушерский анамнез:
  - крупный плод ( $> 4000$  г);
  - мертворождения;
  - врожденные пороки развития плода.
  - глюкозурия (установлена дважды или более).
2. Показания к неотложному обследованию на гестационный диабет:
  - факторы риска;
  - гликемия натощак:
    - плазма венозной крови  $\geq 5,83$  ммоль/л;
    - цельная капиллярная кровь  $\geq 5,0$  ммоль/л.

## Скрининг на гестационный диабет

Обследованию на гестационный диабет подлежат все беременные женщины.

Беременным, у которых нет факторов риска гестационного диабета, проводят 2-часовой пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ) в сроке 24-28 недель.

Беременным, которые имеют один или более факторов риска гестационного диабета, ПТТГ проводят сразу после первого обращения по

поводу беременности. В случае отрицательного результата ПТТГ повторяют в сроке 24-28 недель.

ПТТГ проводят в утренние часы после 8-часового воздержания от пищи при отсутствии острых заболеваний, травм или оперативных вмешательств. Гликемию определяют в плазме венозной крови лабораторным методом (не с помощью экспресс-анализатора!).

После забора крови натощак беременной дают выпить в течение 3-5 минут 75 г глюкозы, которую растворено в 300 мл воды (можно добавить сок свежего лимона). Повторный забор крови осуществляют через 2 часа. За это время беременная должна находиться в состоянии покоя, ей разрешают пить негазированную воду, не позволяют есть и курить.

Нормативы гликемии при проведении ПТТГ такие (ВОЗ, 1999):

- натощак  $\leq 5,1$  ммоль / л (100 мг / дл),

- через 2 часа после нагрузки  $< 8,5$  ммоль / л (140 мг / дл).

Тест считается положительным, если гликемия натощак и/или после нагрузки превышает нормативные показатели (соответственно  $> 5,1$  ммоль/л и  $\geq 8,1$  ммоль / л). В случае положительного результата ПТТГ следует повторить на вторые сутки. При подтверждении положительного результата диагноз гестационного диабета считается установленным, и беременную в дальнейшем наблюдают совместно акушер-гинеколог и эндокринолог согласно клиническому протоколу «Ведення вагітності у хворих на гестаційний діабет» (наказ МОЗ України від 15.12.2003 р. №582).

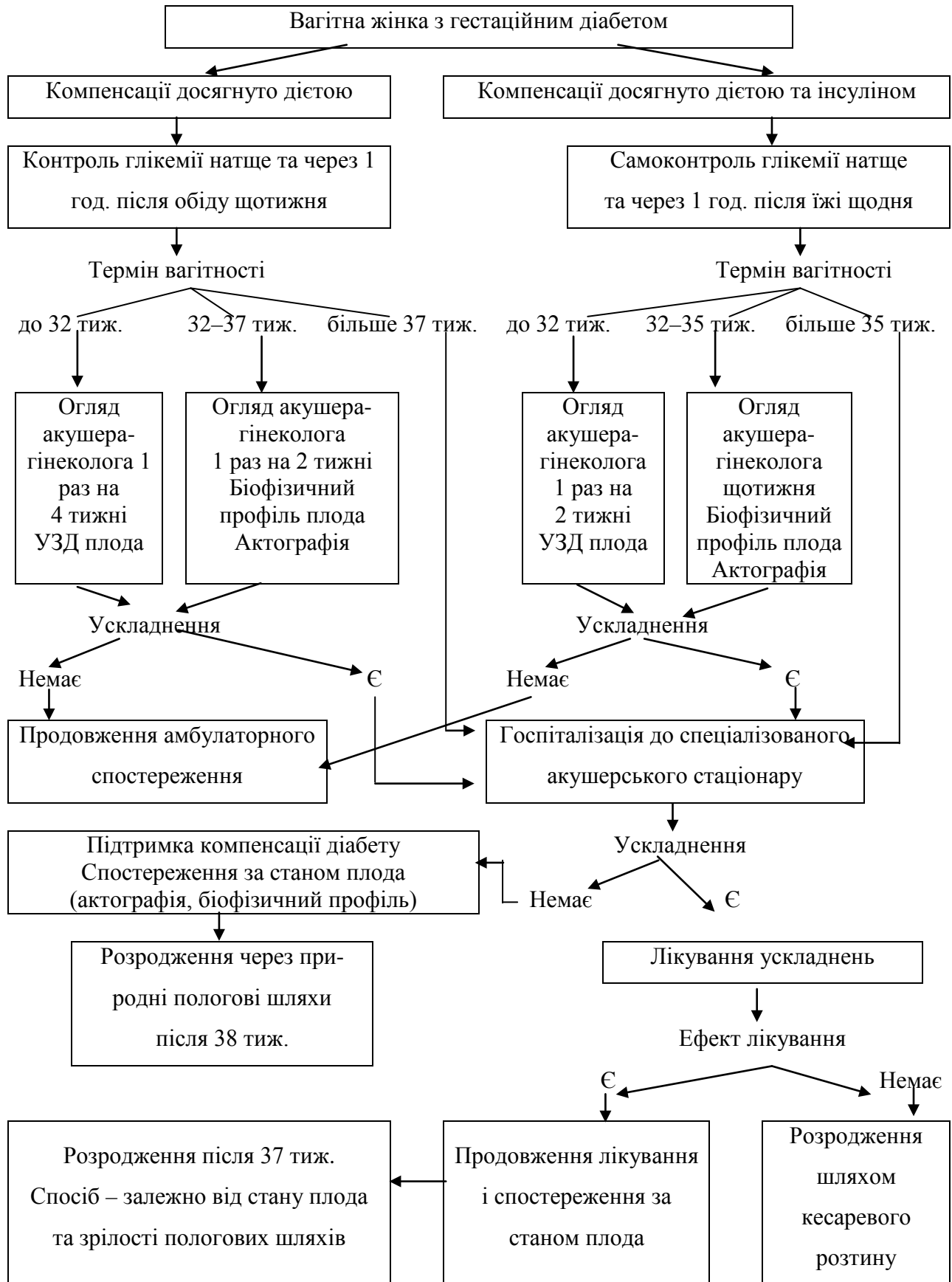
## **Лечение**

1. Диетотерапия (*режим питания до 6 раз в день*).
2. Инсулинотерапия (*только в условиях стационара*) - только человеческий инсулин (*шприц-ручка*).
3. Критериями эффективности терапии гестационного диабета (компенсации) являются: *нормогликемия натощак и в течение суток, в т.ч. после еды, отсутствие кетоза и эпизодов гипергликемии.*

## Тактика ведения беременности и родов

1. При необходимости коррекции инсулинотерапии и отсутствии акушерских осложнений больную госпитализируют в эндокринологическое отделение.
2. В случае развития осложнений (*гипертензия беременных, преэклампсия, многоводие, гипоксия плода*) лечение проводится в отделении патологии беременных акушерского стационара.
3. Мониторинг состояния плода: актография утром и вечером, БПП (*УЗИ + кардиотокография*).
4. При необходимости родоразрешения больной в сроке менее 37 недель проводится оценка зрелости легких плода.
5. При необходимости предродовой подготовки шейки матки это проводится с помощью препаратов простагландина E<sub>2</sub> местно.

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ БЕРЕМЕННОСТІ У БОЛЬНОЙ ГЕСТАЦИОННИМ ДІАБЕТОМ



## ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Роль гормонов щитовидной железы во время беременности велика.

Тиреоидные гормоны (ТГ) оказывают влияние на синтез белка и рост клеток, стимулируют синтез РНК в ядре, активируют тканевое дыхание. ТГ имеют большое значение для развития плода, влияют на все виды обмена веществ, усиливая процессы метаболизма. Нарушение функции щитовидной железы приводит к серьезным осложнениям беременности: выкидышам, мертворождению, аномалиям развития плода.

Беременность практически не влияет на уровень тиреоидного гормона гипофиза (ТТГ) в сыворотке. При гипотиреозе ТТГ повышен, при гипертиреозе – понижен.

Избыток тиреоидных гормонов – тиреотоксикоз (гипертиреоз), недостаток тиреоидных гормонов – гипотиреоз.

ЩЖ вырабатывает 2 гормона:

- трийодтиронин,
- и менее активный – тироксин.

Заболевания ЩЖ заключаются в ее увеличении (*зоб*), гиперфункции (*гипертиреоз*), недостаточности функции (*гипотиреоз*), воспалении (*тиреоидит*) и злокачественных новообразований.

**ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ** (базедова болезнь, болезнь Грейвса) у беременных (0,05-4%). **ГИПЕРТИРЕОЗ.**

**Клиника:** четыре основных симптома – зоб, тремор, экзофтальм, тахикардия.

Жалобы больных: сердцебиение, повышенная нервозность, быстрая утомляемость, нарушение сна, чувство жара, дрожание рук, экзофтальм, увеличение шеи в области ЩЖ, усиленное потоотделение. Больные суетливы, с



быстрой речью, эмоционально неустойчивы. Очень характерны теплые, влажные ладони.

### **Лабораторная диагностика**

- уровень тиреоидных гормонов в крови радиоиммунным методом;
- увеличение белковосвязанного йода;
- основной обмен ( $> 25\%$ );
- антитела к тиреоглобулину;
- УЗИ, ЭКГ, биохимические исследования крови (холестерин, сахар крови).

### **Течение беременности и родов**

1. Угрожающий аборт, преждевременные роды (чаще при среднетяжелой форме) на фоне усиленной продукции тиреоидных гормонов.
2. Ранний гестоз (тяжелое течение, плохо поддающееся лечению, что требует прерывания беременности).
3. Поздний гестоз с преобладанием гипертензивного синдрома.
4. Роды чаще протекают без осложнений. Характерно быстрое течение родового процесса (до 10 часов).
5. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.
6. Недостаточная лактация.
7. Обострение тиреотоксикоза в первые сутки после родов, что требует в тяжелых случаях подавления лактации и назначения антитиреоидных препаратов (консультация эндокринолога!).
8. У детей возможны органические и функциональные нарушения (ЦНС, ССС, половые органы и др.)

## **ГИПОТИРЕОЗ**

Характеризуется неблагоприятным влиянием дефицита гормонов ЩЖ на репродуктивную систему.

**Гипотиреоз** – симптомокомплекс, который возникает при значительном ограничении поступления в организм тиреоидных гормонов из ЩЖ. Выраженные формы гипотиреоза –микседема, при атиреозе – явление кретинизма.

Первичный гипотиреоз – следствие аутоиммунного тиреоидита Хашимото, операций на ЩЖ, радиации, терапии  $I_{131}$  и др.

Вторичный гипотиреоз – следствие гипопитуитаризма, недостаточности ТТГ-гипофиза.

Третичный гипотиреоз – поражение гипоталамических центров, секретирующих тиролиберин.

Беременность у женщин с гипотиреозом наблюдается не часто (врожденный, после операций на ЩЖ). Генеративная функция угнетена. Гипотиреоз влияет на зачатие, увеличивает частоту спонтанных аборт, мертворождений. Некомпенсированный гипотиреоз приводит к бесплодию, аборт, рождению неполноценных детей. При микседеме – исходы беременности неблагоприятны.

**Клиника:** вялость, снижение работоспособности, медлительность, сонливость, зябкость, прибавка веса, упорные запоры, апатия, плохая память, ухудшение слуха, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос.

### **Диагностика:**

- уровень ТТГ и тиреоидных гормонов;
- количество йода, связанного с белком (значительно снижено!);
- ЭКГ, кровь, липидограмма и др.;
- УЗИ.

## **Течение беременности и родов**

1. Уменьшение симптомов гипотиреоза с развитием беременности (увеличение активности ЩЖ плода).
2. Гипертензия, гестоз, эклампсия, внутриутробная смерть плода.
3. Глубокие аномалии развития у детей.
4. Невынашивание.
5. Железодефицитная анемия.
6. Характерное осложнение родов – упорная слабость родовой деятельности.
7. Мертворождаемость в два раза выше, чем у здоровых.

## **Ведение**

1. Лечение (эндокринолог!) гормонами ЩЖ.
2. Скрининг новорожденных на гипотиреоз.
3. Беременные с гипотиреозом – группа высокого риска перинатальной патологии.
4. Профилактика невынашивания и анемии.
5. Кесарево сечение не предполагает обязательных тяжелых осложнений.

Тиреоидиты встречаются реже, чаще – хронический аутоиммунный тиреоидит Хашимото. Он имеет тенденцию к ремиссии во время беременности с рецидивом в послеродовом периоде. В клинике преобладает явление гипотиреоза.

**Лечение** проводят тиреоидными гормонами, которые оказывают заместительное действие и влияют на течение аутоиммунного процесса.

**ПОСЛЕРОДОВЫЙ ТИРЕОИДИТ** – после родов иммунная активность резко возрастает, что может лежать в основе тиреоидных нарушений. Начальные проявления послеродового тиреоидита – через 3 месяца после родов (гипертиреоидная фаза). Спустя 5-7 месяцев наступает фаза транзиторного

гипотиреоза. Тиреотоксикоз развивается не у всех. При последующих беременностях послеродовой тиреоидит обычно не повторяется.

## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЩЖ**

- 1. Беременность противопоказана!**
2. После операции по поводу рака ЩЖ беременность не желательна!
3. Консилиум в составе эндокринолога, онколога, акушера, если нет метастазов, может разрешить беременность.
4. В этом случае – наблюдение и лечение начинают как и вне беременности, максимально переносимыми дозами тиреоидных гормонов.

## **ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ (ЖДА)**

**Приказ МЗ Украины №782 – 2005г**

### **Классификация по степени тяжести**

(ВОЗ, 1991 – только для беременных!)

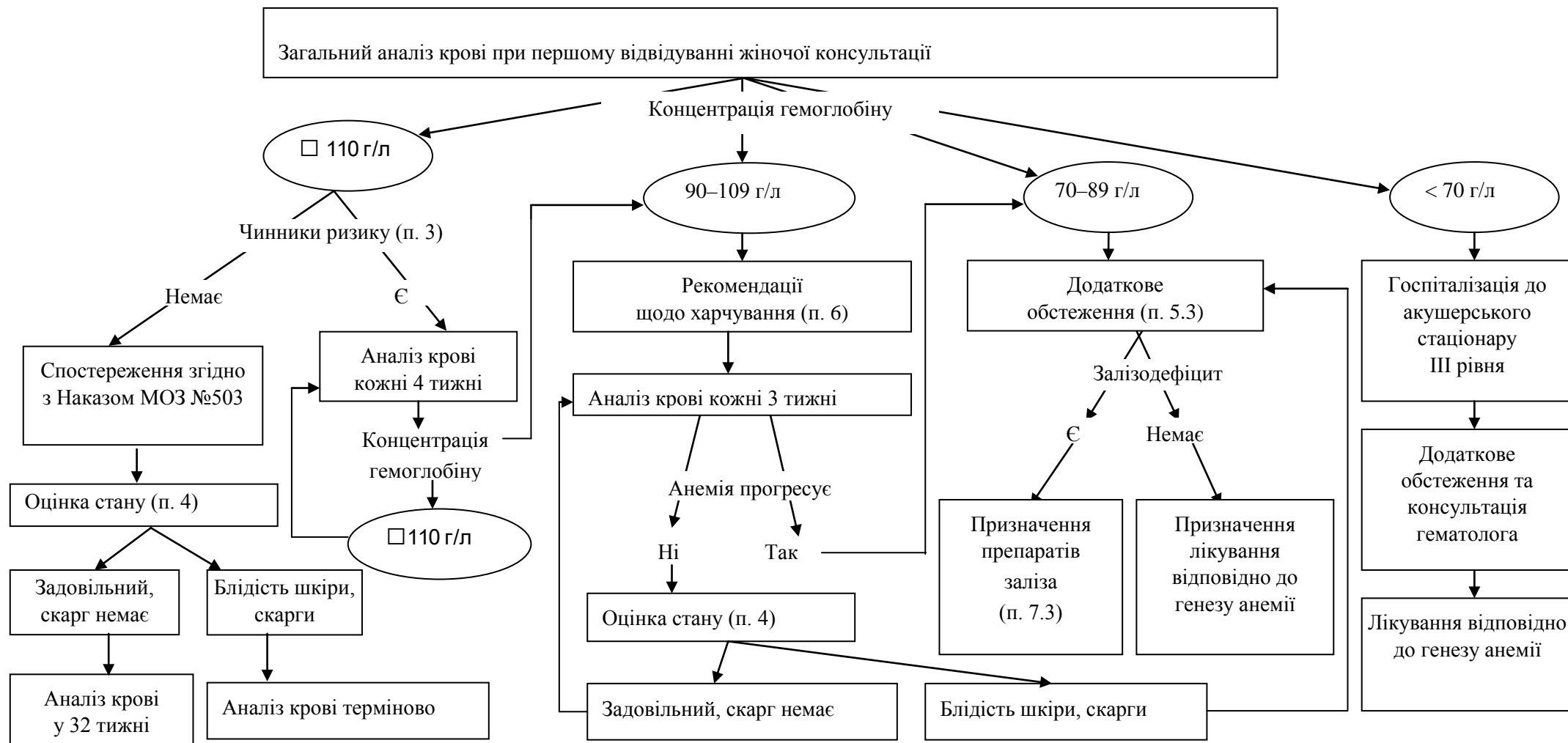
<b>Степень тяжести</b>	<b>Концентрация гемоглобина (г/л)</b>	<b>Гематокрит (%)</b>
<b>Легкая</b>	<b>109-90</b>	<b>37-31</b>
<b>Средняя</b>	<b>89-70</b>	<b>30-24</b>
<b>Тяжелая</b>	<b>69-40</b>	<b>23-13</b>
<b>Очень тяжелая</b>	<b>&lt; 40</b>	<b>&lt; 13</b>

Большая часть анемий у беременных – это ЖДА (90%), половина из них имеет сочетанный железо- и фолиеводефицитный генез.

1. Тактика предупреждения и лечения ЖДА (см. алгоритм)
2. Преконцепционная подготовка:
  - ❖ полноценное питание (мясо, свежие овощи и фрукты);

- ❖ выявление и лечение заболеваний, какие вызывают ЖДА;
- ❖ выявление и по возможности устранение факторов риска ЖДА;
- ❖ назначение препаратов железа в случае ЖДА, достигнуть достаточной обеспеченности организма женщины железом до беременности.

## Алгоритм профілактики и лечения ЖДА у беременных



## **Факторы риска**

1. Недостаточное или неполноценное питание.
2. Гиперполименорея.
3. Интервал после предыдущих родов менее 2 лет.
4. Многоплодная беременность.
5. Четверо или больше родов в прошлом.
6. Кровотечения во время беременности (маточные, носовые, из пищеварительного тракта, гематурия и др.), геморрагические диатезы.
7. Болезни с нарушением всасывания железа (*состояние после гастрэктомии или субтотальной резекции желудка, состояние после резекции значительной части тонкого кишечника, синдром мальабсорбции, хронический энтерит, амилоидоз кишечника*), постоянный прием антацидных препаратов.
8. Болезни с перераспределением железа (*системные заболевания соединительной ткани, гнойно-септические состояния, хронические инфекции, туберкулез, злокачественные опухоли*).
9. Паразитарные и глистные инвазии.

## **Клинические проявления**

1. Анемический синдром:
  - бледность кожи и слизистых оболочек;
  - тахикардия;
  - жалобы на общую слабость, головокружение, боли в области сердца;
  - одышка при физических нагрузках.
2. Дефицит железа (сидеропенического синдром)
  - утомляемость;
  - ухудшение памяти;
  - извращение вкуса;
  - выпадение, ломкость волос;
  - ломкость ногтей;

- "заеды";
- голубые склеры (изредка, при тяжелой анемии);
- сухость кожи;
- гипо-или антацидность.

### **Диагностика**

1. Выяснения генеза анемии.
2. Концентрации гемоглобина не является доказательством железодефицита.
3. Лабораторные показатели железодефицита:

- *микроцитоз эритроцитов (обычно в сочетании с анизо-и пойкилоцитозом);*
- *гипохромия эритроцитов (цветовой показатель  $< 0,86$ );*
- *снижение среднего содержания гемоглобина в эритроците ( $< 27$  пг)*
- *снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците ( $< 33\%$ );*
- *снижение среднего объема эритроцитов ( $< 80$  мкм<sup>3</sup>);*
- *снижение сывороточного железа ( $< 12,5$  мкмоль/л);*
- *уменьшение концентрации ферритина сыворотки (менее 13 мкг/л);*
- *повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (более 85 мкмоль/л);*
- *снижение насыщения трансферина железом (менее 15%);*
- *повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах (менее 90 мкмоль/л).*

Обязательными исследованиями являются:

- *определение цветного показателя;*
- *выявление микроцитоза в мазке крови;*
- *концентрация сывороточного железа.*

### **Клинические проявления**

#### **1. Анемический синдром:**

- бледность кожи и слизистых оболочек;



- тахикардия;
- жалобы на общую слабость, головокружение, боли в области сердца;
- одышка при физических нагрузках.

## **2. Дефицит железа (сидеропенического синдром)**

- утомляемость;
- ухудшение памяти;
- извращение вкуса;
- выпадение, ломкость волос;
- ломкость ногтей;
- "заеды";
- голубые склеры (изредка, при тяжелой анемии);
- сухость кожи;
- гипо-или антацидность.

### **Рекомендации по питанию**

1. Основной источник питания для беременной – мясо.
2. Для улучшения всасывания железа: фрукты, ягоды, зеленые овощи, соки и морсы, темные сорта меда.
3. Эти продукты перемежать по времени с чаем, кофе, молоком, молочными продуктами.
4. Отвары или настои плодов шиповников, бузины, черной смородины, череды, крапивы.

### **Лечение**

1. Основное лечение ЖДА – назначение препаратов железа (*см. дополнение*)
2. Применять их при ЛЮБОЙ степени тяжести анемии (*согласно приказа №417 от 15.07.2011*)
3. Устранить по возможности причину железодефицита.
4. Препараты железа назначать перорально.

5. Предпочтение отдавать двухвалентному железу (*лучше всасывается: сульфат, глюконат, хлорид, фумарат*) в дозе 100-200 мг/сутки.

#### **Противопоказания к пероральному приему препаратов железа**

1. Непереносимость железа (тошнота, рвота, диарея).
2. Состояние после резекции тонкого кишечника.
3. Энтерит.
4. Синдром мальабсорбции.
5. Обострение язвенной болезни, неспецифического язвенного колита, болезни Крона (гранулематозный илеоколит).

**При наличии противопоказаний – назначают парентеральные препараты трехвалентного железа в дозе не выше 100 мг.**

#### **Побочные эффекты препаратов железа**

Тошнота, боль в эпигастрии, запор, нетяжелые аллергические реакции.

#### **Побочные действия парентеральных препаратов железа:**

Артериальная гипотензия, артралгия, увеличение лимфатических узлов, лихорадка, головная боль, головокружение, инфильтраты на месте инъекций, анафилактические реакции, анафилактический шок.

#### **Тактика ведения беременности и родов**

ЖДА не влияет на тактику ведения беременности и родов.

## ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА

### I. Для перорального применения

Торгова назва	Лікарська форма	Вміст заліза елементарного (мг)	Пролонговані	Аскорб. кислота	Амінокислоти/ поліпептиди	Фолієва к-та
<b>Іонні</b>						
<i>Заліза сульфат (Fe<sup>2+</sup>)</i>						
Актиферин	Капс. Краплі Сироп Р-н	34,5 95/10 мл 34/10 мл 9,8/мл	-	-	+	-
Сорбіфер Дурулес	Табл.	100	+	+	-	-
Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	-
Гіно-Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	+
Феногек	Капс.	45	-	+	+	-
Фероплект	Табл.	10	-	+	-	-
Ферофол	Табл.	30	-	+	-	+
Ферроградумет	Табл.	105	+	-	-	-
Ферроплекс	Драже	10	-	+	-	-
<i>Заліза глюконат (Fe<sup>2+</sup>)</i>						
Мегаферин	Табл. шипучі	80				
Плюс залізо + С	Табл. шипучі	35	-	+	+	-
Тотема	Р-н	50/10 мл	-	-	-	-
Ферронал	Табл.	300				
<i>Заліза хлорид (Fe<sup>2+</sup>)</i>						
Гемофер	Р-н	45 мг/мл	-	-	-	-
<i>Заліза фумарат (Fe<sup>2+</sup>)</i>						
Вітафер	Капс.	?	-	+	-	+
Глобірон-Н	Капс.	100	-	-	-	+
Ранферон-12	Капс. Еліксир	100 41/5 мл	-	+	-	+
Хемсі	Капс.	65	-	-	-	+
Хеферол	Капс.	100	-	-	-	-
<i>Заліза сахарат (Fe<sup>3+</sup>)</i>						
Залізне вино	Р-н	40/10 мл	-	+	-	-
<i>Заліза аспарагінат (Fe<sup>3+</sup>)</i>						
Феррамін-Віта	Табл.	60	-	-	-	+
<b>Неіонні</b>						
<i>Гідроксидно-карбоксимет илцеллозний комплекс (Fe<sup>3+</sup>)</i>						
Феростат	Табл.	28	-	-	-	-
<i>Гідроксидно-полімальт озний комплекс (Fe<sup>3+</sup>)</i>						
Біофер	Табл. жув.	100	-	-	-	+
Глобірон	Сироп	50/5 мл	-	-	-	-
Мальтофер	Краплі Сироп Табл. жув.	50/мл 10/мл 100	-	-	-	-
Мальтофер Фол	Табл. жув.	100	-	-	-	+
Ферролек-Здоров'я	Амп.	50 (2 мл)	-	-	-	-
Феррум Лек	Сироп Табл. жув.	10/мл 100	-	-	-	-

### II. Для парентерального применения

Торгова назва	Склад	Лікарська форма	Вміст заліза (мг/мл)
Венофер	Комплекс гідроксиду заліза з сахарозою	Амп. 5 мл	20
Мальтофер	Комплекс гідроксиду заліза з мальтозою	Амп. 2 мл	50
Ферролек-плюс	Комплекс гідроксиду заліза та низькомолекулярного декстрану	Амп. 2 мл	50

## Литература

1.Ванина Л.В.

Беременность и сердечно- сосудистая патология.  
Москва, «Медицина», 1991

2.Грищенко В.И., Щербина Н.А.,Липко О.П.

Течение беременности и родов при экстрагенитальных заболеваниях.  
Харьков,1992

3.Грязнова И.М., Второва В.Г.

Сахарный диабет и беременность.  
Москва, «Медицина» ,1985

4.Гутман Л.Б.

Серечно- сосудистая патология и беременность. Неотложное  
акушерство.

Киев «Здоров'я», 1994, с142-164

5.Лопаткин Н.А., Шабат А.Л.

Урологические заболевания почек у женщин.  
М. Медицина,1985

6. Медведь В.И.

Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных.  
Киев «Авиценна» , 2004

7.Шехтман М.М.

Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.  
Издание 4 «Триада-Х»  
Москва,2008

8.Приказы Министерства здравоохранения Украины

- №582 от 15.12.2003г.
- №620 от 29.12.2003г.
- №676 от 31.12 2004г.
- №782 от 29.12.2005г.
- №42 от 28.01.2011г.
- №417 от 15.07.2011г.