**ФЕДЕРАЛЬНОЕ Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательноеучреждение высшего**

**образования «Башкирский государственный**

**медицинский университет» МинистерствА**

**здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

УТВЕРЖДАЮ

зав.каф.поликлинической

терапии с курсом ИДПО

 д.м.н., профессор Волевач Л.В.

«30» ноября 2016 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной внеаудиторной работе

по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема: **«Тактика ведения беременных с экстрагенитальной патологией участковым терапевтом»**

**Лечебный факультет**

Дисциплина поликлиническая терапия

Специальность 31.05.01. –лечебное дело

Курс 6 Семестр ХI

УФА 2016

Тема: «Тактика ведения беременных с экстрагенитальной патологией участковым терапевтом» на основании рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия утвержденной в 2016 году.

Рецензент:Г.Х. Мирсаева – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии БГМУ

Авторы: Крюкова А.Я., Курамшина О.А., Сахаутдинова Г.М.,

Низамутдинова Р.С., Тувалева Л.С., Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании № 1 кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО от «30» ноября 2016 г., протокол 4.

**1.Тема. Тактика ведения беременных с экстрагенитальной патологией участковым терапевтом.**

В основном у беременных женщин (40%) беременность протекает без осложнений. Это значит, что без токсикозов беременных и без экстрагенитальных заболеваний. Остальные (60-70%) наличие патологической беременности (ПТБ) обусловлено скрытой или хронической экстрагенитальной патологией.

Анализ течения беременности позволяет утверждать, что без осложнений протекает беременность только в 20% и наличие экстрагенитальной патологии (ЭП) в 30-40%, ПТБ - в 17%. Угроза прерывания беременности в 12% , влияет на внутриутробное развитие плода и его дальнейшее развитие.

Работа систем женского организма и ряда органов во время беременности идёт на грани с патологией, и имеются “критические сроки”, когда легко наступает срыв, той или иной системы или органов.

Приобретают актуальное значение проблемы ведения беременности у женщин с ЭП на фоне снижения рождаемости. 60% всех заболеваний считаются наследственно детерминированными и нужно помнить о наследственной детерминации многих заболеваний.

Как влияет ЭП на течение беременности и развитие плода нужно знать, и ещё знать как влияет сама беременность на ЭП. Это позволяет правильно вести беременность и сохранить здоровье женщины и получить здоровое потомство.

Как экстремальное состояние следует рассматривать беременность. Очень часто во время беременности течение заболевания ухудшается, и оно прогрессирует.

Это связано:

1. с иммунной перестройкой женского организма. По принципу: повышение - снижение повышение – истощение. А так как плод оценивается организмом женщины как чужой, происходит депрессия иммунной реактивности. Таким образом заболевания как пиелонефрит, митральный стеноз, ревматоидные пороки, гипертоническая болезнь прогрессируют и ухудшаются.
2. нейро-эндокринная регуляция во время беременности меняется, это приводит к ухудшению течения сахарного диабета, гипертонической болезни, заболеваний щитовидной железы, надпочечников.
3. физиологические изменения во время беременности, это приводит также к ухудшению течения заболеваний, которые вне беременности были в стадии неустойчивой компенсации. Или приводят к ложной диагностике.

Система заболеваний соединительной ткани, с преимущественной локализацией в органах кровообращения называется ревматизмом. Ревматизм во время беременности обязательно обостряется. Во время беременности имеет место высокая продукция глюкокортикоидов, которые оказывают влияние на течение ревматизма.

Большое влияние оказывают трудности диагностики ревматизма во время беременности потому, что типичные клинические признаки и лабораторные данные - утомляемость, субфебрилитет, слабость, одышка при физической нагрузке, лейкоцитоз и СОЭ тахикардия, аритмия, могут быть и при физиологическом течении беременности. Но ещё ревматизм во время беременности может протекать под маской анемии и нарушения кровообращения.

Во время беременности частота обострения ревматизма у больных с ревматизмом составляет 10-12-16%, и есть два пика обострения. ранней иммунной депрессией. 1) Продолжение латентного ревматизма, особенно на фоне угрожающего выкидыша. Характерным для этого срока в клинике обострения ревматизма является недостаточность кровообращения. 2) послеродовой период на фоне ослабления защитных механизмов, истощения иммунных резервов. В остальные сроки беременности обострение наступает редко.

Тактика при обострении

Салицилаты в период раннего органогенеза повреждают кроветворение, а перед родами увеличивают частоту внутричерепных кровоизлияний до 80%.В самом начале беременности наличие активного процесса является показателем для прерывания беременности, так как применение силицилатов и глюкокортикоидов противопоказано из-за тератогенного действия на плод (период органогенеза). Глюкокортикоиды подавляют органы, функциогенез надпочечников плода, вызывая врожденную надпочечниковую недостаточность;

Острый и подострый Р. всё время действующий, в любом сроке беременности. (на первой стадии активности Р **.** по требованию женщины беременность может быть сохранена);

Особенно в послеродовом периоде велик риск тромбоэмболии, а беременности при Р **.** в 40% осложняется ПТБ; в 70% развивается ревматоидный васкулит, это приводит к плацентарной недостаточности - гипотрофии плода и внутриутробной гипоксии; Следовательно, высоко невынашивание беременности;

Нужно помнить, что беременность даёт прогрессирование заболевания. Беременность нужно прерывать, если после активизации Р**.** прошло менее года Из-за опасности повреждающего действия препаратов лечение при Р **.** не проводится во время беременности.

Должна быть активная профилактика инфекции носоглотки, после родов обязательно

лечение. Врожденный дефект иммунитета- у детей, которые были рождены матерями с ревматизмом.

Нарушения ритма сердца

Особенно в III триместре из-за высокого стояния диафрагмы беременность предрасполагает к Э**.** Экстрасистолы предсердные, узловые или желудочковые, реже политопные – это аритмии сердца.

Редкие Э**.** не нуждаются в лечении, но частые вызывают неприятные ощущения и требуют назначения противоаритмических средств с успокаивающими Э. Признак передозировки и интоксикации -при ревмокардите или сердечной недостаточности проходят при лечении этих заболеваний. Э **.** при лечении сердечными глюкозидами. Эмоциональное возбуждение также, способствует возникновению Э**.** Экстрасистолия в родах , может быть вызвана увеличенным притоком крови к сердцу от матки во время схваток и потуг, болью, страхом. Сама экстрасистолия способствует возникновению нарушения кровообращения.

Пароксизмальная тахикардия

Приступ ПТ характеризуется ЧСС от 130-160 до 220 в мин. Характерна ритмичность, внезапность возникновения и окончания. Тошнота и рвота характеризуют больное сердце .Обязательны жалобы на сердцебиение и чувство дискомфорта. Если затяжной приступ ПТ - головокружение, боли в области сердца, слабость.

ЭКГ устанавливает источник ПТ - предсердный (наджелудочковый, желудочковый и узловой). Всё это свидетельствует о глубоком поражении сердца и вызывает сердечную недостаточность. У беременных встречается чаще наджелудочковая.

Во время беременности встречается реже, чем Э. Часто развивается у здоровых женщин во второй половине беременности, исчезает после родов. Это указывает на ее рефлекторное экстракардиальное происхождение.

Потому что препарат является протоплазматическим ядом и вызывает гибель плода и аборт - хинидин противопоказан. При заболевании сердца ПТ лечится строфантином гипотонии новокаинамид. Успокаивающие (беседа и валериана, элениум), если нет эффекта - стимуляция блуждающего нерва: односторонний попеременный массаж от каротидного синуса, давление на глазное яблоко, при отсутствии эффекта - изоптин, пропранолол .

Мерцательная аритмия

При Мерцательной аритмии (МА) наполнение камер сердца кровью незначительное, отсутствует диастола и, следовательно эффективность систолы мала, а нарушение внутриполостного кровотока способствует образованию тромбов, особенно при митральном стенозе.

Очень опасная форма эктопической аритмии и связана с органическими заболеваниями сердца: ревматическими и врожденными пороками, тиреотоксикозом.

При МА развивается сердечная недостаточность 2а, 2б и 3 степени. Дефицит пульса свидетельствует о резком снижении удельного и сердечного выброса. Жалобы на сердцебиение. ЭКГ исследование выявляет не только МА, но и локализацию нарушения ритма: предсердное или желудочковое. При этом желудочковая форма требует реанимации.

Электроимпульсное лечение противопоказано из-за опасности отслойки плаценты. Необходим гепарин для профилактики тромбозов, а после родов непрямые антикоагулянты, в случае использования которых кормить ребенка грудью нельзя из-за опасности геморрагических проявлений.

Нужно тахисистолическую форму перевести в нормосистолическую при мерцании предсердия (строфантин, калий). Пароксизм МА лечат новокаинамидом, а при неэффективности - панангином и изоптином.

Нарушение проводимости

Синаурикулярная, предсердно-желудочковая и желудочковая - это различные варианты блокады проводящей системы различного уровня. Наибольшее значение имеет предсердно-желудочковое нарушение проводимости.

Различают 3 степени:

-замедление предсердно-желудочковой проводимости;

-неполная АВ-блокада;

-полная АВ-блокада.

Часто нарушение проводимости встречается при ревматических миокардитах, передозировке гликозидов, усилении тонуса вагуса.1 степень не отражается на сократительной деятельности сердца, а 2 и 3 сопровождаются нарушением кровообращения, при последней могут быть приступы Морганьи-Адама-Стокса с потерей сознания, судорогами, цианозом, кардиалгией, отсутствием пульса и АД. Во время беременности они редки, но учащаются в родах и после. Женщинам с 3 степенью беременность противопоказана, в других же случаях можно вынашивать.

Позволяют ликвидировать предсердно-желудочковую блокаду -Кортикостероиды . Надо помнить, что при полной АВ-блокаде увеличивается ударный и минутный объем, а систолическое АД повышается.

Атропин, эфедрин, изадрин, алупент, эуфиллин понижают степень блокады, увеличивают число сокращений желудочков только временно и могут быть использованы в родах с добавлением внутривенного введения соды. При полной АВ-блокаде и СН можно применять гликозиды в то время как при неполной они противопоказаны, так как усугубляют блокаду. В этих случаях используют эуфиллин, мочегонные, адонис.

Беременность и гипертоническая болезнь

Правильное измерение АД предполагает неоднократное, а 2-3-хразовое измерение с интервалом в 5-10 минут для исключения случайного повышения.

Диастолические давление определяют не по исчезновению тонов, а их приглушению, что соответствует прямому измерению диастолического АД. По ВОЗ: АД 160/95 повышенное, 140/90 - 159/94 переходная зона.

У беременных 140 - повышено, а при гипотонии увеличение систолического АД на 30%, а диастолического на 15% - уже повышенное, учитывая неблагоприятное влияние повышенного АД на течение беременности и перинатальную патологию.

Повышение АД во время беременности - частая причина преждевременных родов и перинатальной гибели плода, кроме того, по данным ВОЗ, в 20-30% случаев материнской смертности АД было повышенным, что свидетельствует о важном месте ГБ в ряду осложнений беременности и родов.

ГБ уже существует до беременности и проявляется во время ее. Так как беременность - состояние стресса, сопровождающееся разнообразными невротическими проявлениями, в том числе и сосудо-двигательными реакциями. Классификация ГБ Мясникова 1951 г.:

-фаза А - латентная, предгипертоническая - тенденция к повышению АД под воздействием эмоций, холода и других факторов. Это гиперреактивность на фоне выраженных невротических реакций.

- фаза Б - транзиторная, АД повышается нестойко и кратковременно. Покой, режим, лечение приводят к нормализации АД и исчезновению признаков заболевания.

-2 стадия, фаза А - неустойчивое, но постоянное повышение АД, лечение приводит к нормализации

-2 стадия, фаза Б - стойкое повышение АД, но нет грубых анатомических изменений в органах, а доминируют функциональные.

-3 стадия, фаза А - компенсированная. АД стойко повышено, дистрофические, фиброзно-склеротические изменения органов и тканей, атеросклероз крупных сосудов мозга, сердца, в почках.

-3 стадия, фаза Б - декомпенсированная. АД повышено стойко, тяжелые нарушения функционального состояния органов - нетрудоспособность, беременность не наступает.

Считается, что в 1 триместре беременности АД неустойчиво, с 13 до 20 недель снижается, с 28 - повышается.

По клиническому течению ГБ может быть доброкачественной с медленным прогрессированием и злокачественной с быстрым прогрессированием заболевания, высоким стабильным АД, изменениями на глазном дне, почечной и сердечной недостаточностью.

Однако при депрессорное и прессорное влияние беременности на сосудистый тонус имеет определенных закономерностей.

Резкие обострения всех стадий ГБ во время беременности наблюдались в 24% случаев и протекали по типу кризов. На фоне благополучия - головная боль, головокружение, сердцебиение, тошнота, рвота, шум в ушах, мелькание мушек, красный верхний дермографизм. После криза может быть протеинурия, но в отличие от преэклампсии нет отеков.

Можно отметить, что только у 15,1% беременных с ГБ АД во второй половине беременности снизилось, в остальных случаях АД в равной степени оставалось прежним или повышалось.

Беременность усугубляет течение ГБ, способствуя повышению и стабилизации АД.

На фоне ГБ течение беременности в 40% осложняется ПТБ, причем появляется он рано - в 24-26 недель, преобладает гипертонический симптом с умеренными отеками и протеинурией. На этом фоне увеличивается частота поздних выкидышей и преждевременных родов до 15% и в 6% потребовалось прерывание беременности.

Внутриутробная гибель плода при ГБ в срок до 35 недель наступила в 6(8?)%, 7% - перинатальная смертность.

Смотря на высокий риск для матери и плод необходимо определить степень его для решения вопроса о возможности вынашивания беременности. По Шехтману, при экстрагенитальной патологии следует выделять 3 степени риска в зависимости от стадии заболевания, особенностей течения, влияния на здоровье женщины и внутриутробного плода. Возникает во второй половине потому, что происходит повышение периферического сосудистого сопротивления при снижении минутного объема крови, а это приводит к декомпенсации гемоциркуляции - гипоксии и гипотрофии плода, развитию фетоплацентарной недостаточности на фоне ПТБ и еще более тяжелым повреждениям плода. ГБ - причина отслойки плаценты и синдрома ДВС с афибриногенемией, причина эклампсии, а при ГБ II Б степени - нарушение мозгового кровообращения. Риск для матери и плода.

Осложнения беременности минимальны в форме преждевременных родов и ПТБ не более 20%, беременность редко - не более 20% - ухудшает течение заболевания. Это первая стадия, кризы редки, редка и стенокардия. Обычно ПТБ в 20% и преждевременные роды у 12%. Беременность допустима.

Частота осложнений достигает 20-50% значительна - более 20% - частота поздних самопроизвольных выкидышей. Для ГБ это IIА стадия. ПТБ наблюдается при этом в 50%, преждевременные роды - 20%, антенатальная гибель - 20%. Налицо гипертонические кризы, тяжелая коронарная недостаточность, прогрессирующий ПТБ, высокое стабильное АД - показания для прерывания беременности.

Осложнения беременности составляют более 50%, перинатальная смертность более 200%, беременность редко заканчивается вынашиванием, необходимо прерывание ее. Это IIБ, Велика опасность для жизни матери и высока перинатальная смертность, что требует немедленного прерывания беременности. Опасность уремии, нарушения мозгового кровообращения, коронарной недостаточности, отслойки плаценты и пр.

Наблюдаться не реже 1 раза в неделю у акушер-гинеколога и терапевта при разрешенной вынашиваемой беременности. До 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания, при повышении АД более 149/90 в течении недели, гипертонических кризах, начальных формах ПТБ, стенокардии или сердечной астме, симптомах неблагополучного плода и за 3-4 недели до родов -госпитализировать.

Режим труда и отдыха, ограничение соли до 5 г/сутки, гипотензивные. Из 9 групп гипотензивных во время беременности с наименьшим влиянием на плод применять только 5:

-салуретики, обладающие гипотензивные и мочегонным действием, короткими курсами в 1-2 дня через 1-2-3 недели: гипотиазид 25-50-100 мг, фуросемид и урегит не пригодны для длительного лечения, их во время кризов из-за кратковременного действия. Салуретики применять с калием и симпатолитиками и препаратами метилдофы (альдонат, допегит), которые потенцируют действие салуретиков и задерживают калий и воду. Натрийуретики также можно (альдоктон, верошпирон), но их гипотензивное действие во время беременности низкое;

-спазмолитики: дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин и лучше парентерально и для купирования криза, а не для длительного курса лечения;

-препараты рауфальфии (резерпин, рауседил, раунатин) - гипотензивное и седативное действие. Побочное действие - ринит, аритмии, брадикардия, задержка натрия и воды. У новорожденных нарушение глотания и сосания, заложенность носа, брадикардия, депрессия, поэтому нельзя в последние недели беременности и после родов. Применять при кризах на протяжении 2 дней;

-симпатолитики (октадин, изобарин, комелин, салотензин) дают слабый терапевтический эффект и опасны ортостатическим коллапсом, поэтому их можно применять только в условиях стационара и в комбинации (например, с салуретиками). Их нельзя применять за 2 недели до кесарева сечения - опасность коллапса во время операции;

-препараты метилдофы (альдомет, допегит) регулируют центральный и периферические отделы сосудистого тонуса, не задерживают натрий и воду, можно с салуретиками;

-производные клофелина (клонидин, гемитен) - центральный механизм снижения АД, урежение сердцебиения;

-a -адреноблокаторы (фенталамин, тропафен) эффективны при повышенном выбросе катехоламинов, но во время беременности при ГБ это редко, поэтому и лечебный эффект их низок. Тропафен можно при кризах;

-b -адреноблокаторы (производные пропрамедона - обзидан, индерал, тразикор и др.) уменьшают сердечный выброс и секрецию ренина и тем снижают АД. Вызывают усиление сокращения матки - опасность прерывания беременности, в родах из-за снижения сердечного выброса тоже не следует использовать, при длительном применении тормозит сердечную деятельность плода.

-ганглиоблокаторы (пентамин, арфонад, бензогексоний) - тормозят проведение импульса в симпатических и парасимпатических ганглиях и поэтому снижают тонус не только артерий, но и вен, что приводит к снижению притока крови к сердцу и уменьшению сердечного выброса - ортостатический коллапс, особенно при варикозном расширении вен. Может быть головокружение, атония мочевого пузыря и кишечника у женщины. У плода повышена секреция бронхиальных желез - опасно, и может быть атония мочевого пузыря и кишечная непроходимость. Ганглиоблокаторы можно только в экстренных случаях и для кратковременного и быстрого снижения АД в родах;

Вводить 2 дня рауседил с лазиксом, гемотон, магния сульфат, дибазол, папаверин, эуфиллин при гипертонических кризах и в тяжелых случаях ганглиоблокаторы.

Для улучшения почечного кровотока, особенно при ПТБ, микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазона на область почек. С этой же целью УЗ в импульсном режиме и его спазмолитическое действие. Электроаналгезия способствует регуляции нарушенных корково-подкорковых взаимосвязей, нормализует функцию высших вегетативных центров, в том числе сосудодвигательного. Показана Э. в начальных стадиях ГБ и для профилактики ПТБ.

Вообще лечение ГБ требует комбинации гипотензивных, которые усиливают и потенцируют друг друга, что позволяет снизить дозу каждого из 2-3 гипотензивных препаратов.

Можно вводить валериану, пустырник. Элениум противопоказан в первые 3 месяца беременности из-за повреждающего действия, а седуксен должен применяться ограниченно, так как вызывает непроходимость кишечника и дыхательную депрессию.

В родах гипотензивная терапия должна быть усилена, вводить через 2-3 часа парентерально дибазол, папаверин, эуфиллин, при недостаточном эффекте мелкие ганглиоблокаторы: пентамин, арфонад при контроле за АД.

Противопоказаны и бромиды из-за депрессии центральной нервной деятельности плода и хромосомных нарушений, барбитураты угнетают дыхательный центр плода. При эмоциональной недостаточности показана гальванизация зоны “воротника” и эндоназально. Широкое применение должна получить физиотерапия.

**2.Цель:** овладение врачебными навыками диагностики и лечения беременных с экстрагенитальной патологией, умения оказать неотложную помощь в клинике внутренних болезней в сочетании с беременностью, провести профилактику заболеваний внутренних органов

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

* анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины;
* методику обследования беременных;
* особенности клинической картины заболеваний внутренних органов при беременности;

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен **уметь**:

* собрать анамнез, обследовать беременную по органам и системам;
* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных данных;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией;
* назначить лечение;
* провести экспертизу трудоспособности;
* назначить первичные и вторичные профилактические и диспансерные мероприятия.

**3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология заболеваний внутренних органов при беременности;
2. основные механизмы патогенеза экстрагенитальной патологии;
3. клинические проявления экстрагенитальной патологии беременных;
4. лабораторно-инструментальные методы исследования при патологии беременности;

**4.Вид занятия:** внеаудиторная самостоятельная работа

**5.Продолжительность занятия:** 6 (в академических часах)

**6. Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (кино- и видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи, деловые игры, фантомы, тренажеры и др.);

6.2. ТСО (компьютеры, видеодвойка, мультимедийные проекторы и др.)

**7.** **Содержание занятия:**

7.4. Самостоятельная работа обучающихся под контролем преподавателя (курация больных, анализ обменных карт, амбулаторных карт, оформление медицинской документации)

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы:

Материалы для контроля уровня освоения темы: тесты.

Место проведения самоподготовки: учебная комната для самостоятельной работы обучающихся, учебная лаборатория, кабинеты функциональной диагностики.

Учебно-исследовательская работа обучающихся по данной теме (проводится в учебное время): работа с основной и дополнительной литературой, анализ амбулаторных карт, анализ статистических показателей работы ЛПУ.

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ УЧАСТКОВЫМ ТЕРАПЕВТОМ**

Сложившиеся социально- экономические условия жизни в стране неблагоприятно сказались на здоровье населения, в том числе и женщин молодого детородного возраста. По данным многочисленных исследований, отмечается значительный рост заболеваний внутренних органов у лиц молодого возраста, в том числе хроническими заболеваниями страдают 70% беременных женщин, у 80% вовремя беременности отмечают острые формы заболеваний (ОРВИ, анемии, пиелонефрит). Учитывая, демографическую ситуацию, когда смертность превышает рождаемость, возникла необходимость участия не только акушер-гинекологов, но и терапевтов в ведении, лечении и профилактике экстрагенитальной патологии у беременных в условиях поликлиники.

Участковый врач должен своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию у беременных женщин, уметь прогнозировать риск развития патологического процесса в связи с развивающейся беременностью. Однако практика работы показывает, что в ряде случаев экстрагенитальная патология выявляется не своевременно, что затрудняет осуществление профилактических и лечебных мероприятий.

Функциональные обязанности участкового терапевта по профилактике и лечению беременных с экстрагенитальной патологией определяется системой профессиональной координации действий различных специалистов - акушерско- терапевтического- педиатрического комплекса.

При обращении беременной женщины к участковому терапевту по направлении женской консультации, врач обязан назначить обследование, зафиксировать результаты в амбулаторной карте и проводить лечение или профилактические мероприятия у беременной женщины в зависимости от экстрагенитальной патологии в соответствии с программой ведения беременных. При наличии хронических форм заболеваний внутренних органов у беременной, участковый врач обязан завести дубликат формы 30 и продолжать дальнейшее наблюдение за здоровьем в зависимости от нозологической формы заболевания.

Известно, что у здоровых беременных могут появляться симптомы недостаточности кровообращения. Чаще всего это связано с измененной кардиогемодинамикой, в патогенезе которой возникают следующие сдвиги:

-увеличение сердечного выброса на 30-40%(мах на 24-32 неделе беременности),

-нарастает по мере развития беременности ударный объем и частота сердечных сокращений: интенсивность работы левого желудочка возрастает на 40- 50% , к 28-32 неделям беременности объем циркулирующей крови (ОЦК) увеличивается на 40-50% за счет плазмы крови, что ведет к снижению уровня гематокрита;

-гипервентиляция легких с возникновением одышки (более 16 уд. В мин.),сопровождаемая кашлем и отделением мокроты;

- -снижается общее периферическое сопротивление крови (мах на 24-32 неделе)

-периодическая тахикардия (до 100 уд. в мин);

-в периферической крови снижается количество эритроцитов и концентрации гемоглобина (физиологическая анемия беременных);

-снижается артериальное давление в 1 триместре беременности.

Повышение венозного давления на нижних конечностях, вследствие сдавления венозных коллекторов увеличенной маткой, приводит к повышению диастолического давления в правом желудочке сердца.

Все это уменьшает адаптационные возможности кровообращения, способствует возникновению отеков, развитию сердечной недостаточности у беременных, особенно страдающим сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Функциональные физикальные симптомы, обусловленные гемодинамическими сдвигами у беременных, начинают проявляться с 12-14 недель беременности. Это учащенное поверхностное дыхание, вследствие высокого стояния диафрагмы, отеки голеней. При аускультации могут выслушиваться незвучные влажные хрипы в нижних отделах легких и крепитация, которые часто исчезают после откашливания и глубокого дыхания. При осмотре, границы сердца перкуторно и рентгенологически могут смещаться влево и увеличивать объем дуги легочной артерии. При выслушивании легких у беременных женщин, обнаруживается усиление 2 тона над легочной артерией, раздвоение 1 тона над верхушкой сердца и негрубый систолический шум. Все это связано с увеличением систолического выброса, ОЦК и изменением реологических свойств крови. Поэтому при физиологически протекающей беременности могут возникать обмороки, головокружение, слабость, нарушения ритма в виде экстрасистолии и боли в области сердца. По данным ЭКГ у беременных возможна негативизация зубца Т в отведении У-3, единичные экстрасистолы. Лабораторные показатели также носят физиологический характер изменений: увеличивается количество лейкоцитов до 9- 10\9л, СОЭ -30 - 40 мм в час. Все выше перечисленное может иметь место у женщин с нормально протекающей беременностью.

Ведение беременных при физиологически протекающей беременности заключается в следующем:

1).осмотр терапевтом 2 раза - при первичном обращении и в 32 недели.

2). при первой явке беременная должна быть осмотрена стоматологом, хирургом, ЛОР- врачом, окулистом и неврологом.

3). Проведены лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, кровь на ВИЧ, сифилис, группу крови и резус принадлежность, токсоплазмоз. Рекомендуется проведение профилактических лечебно-оздоровительных мероприятий по соблюдению гигиены, диеты, психологической разгрузки и соблюдение здорового образа жизни.

Участковым терапевтом должна выделяться группа женщин детородного возраста с наличием хронических заболеваний, часто и длительно болеющих , с ослабленными защитными свойствами организма и групп социального риска, проводится ими предгравидарная профилактика этих заболеваний.

Гипертоническая болезнь

Артериальная гипертензия является серьезной причиной преждевременных родов и перинатальной гибели плода. По данным ВОЗ около 30% случаев материнской смертности связано с наличием гипертонии. Факторами риска развития артериальной гипертензии являются возраст 28 лет и старше, избыточная масса тела, наличие в анамнезе эпизодов повышения артериального давления у беременных женщин. Хроническая гипертензия (гипертоническая болезнь и почечная гипертензия) выявляется у 6 % беременных, а гипертензивные состояния наблюдаются у 30 % беременных. Обычно гипертоническая болезнь у беременных устанавливается при сборе анамнеза и существует у этих женщин до беременности, но может быть выявлена в первые во время беременности( 8%).К развитию гипертонической болезни предрасполагают наследственность и тяжелые формы гестоза при предыдущей беременности.

Патогенез: при гипертонической болезни у беременных наблюдается снижение плацентарного кровотока, в результате которого начинают вырабатываться прессорные факторы, повреждающие в свою очередь сосудистый эпителий. К ним относятся: дилататоры - релаксирующий эндотелиальный фактор (оксид азота) и простациклин, констрикторы - эндотелин, тромбоксан, фибронектин. Дисфункция этих факторов сопровождается дисрегуляцией тонуса сосудов, что приводит к обострению ГБ и развитию хронической плацентарной недостаточности. (Зозуля О.В.. 1997) Акушеры используют классификацию ГБ А.Л. Мясникова:

1 стадия, фаза А - латентная, предгипертоническая, АД повышается под воздействием эмоций, холода и стресса, АД самостоятельно возвращается к норме, не требует лечения гипотензивными средствами.

1 стадия, фаза Б - транзиторная, кратковременное и неустойчивое повышение АД. Под влиянием покоя, режима труда и отдыха и гипотензивной терапии нормализуется АД. Стадия обратная.

11 стадия, фаза А - АД неустойчивое, поддается лечению гипотензивными препаратами приходит к нормализации показателей АД, требует строгого наблюдения терапевтом и акушер-гинекологом.

11 стадия, фаза Б - неустойчивая, АД держится стабильно, плохо поддается гипотензивной терапии, требует проведения лечения в стационарных условиях.

111 стадия, фаза А - компенсированная, не поддается стойкому снижению АД под влиянием лечебных мероприятий и требует решения совместно с акушерами решения о разрешении вынашивания беременности.

111 стадия, фаза Б - декомпенсированная, практически не наблюдается, т.к. беременность у таких женщин не допускается.

Отмечается 4 варианта течение ГБ во время беременности:

1. типичное течение со свойственными, как и у здоровых беременных, колебаниями АД: снижением в 1 и 2 триместрах и повышением в 3 триместре у 43% беременных.
2. типичное неустойчивое течение с эпизодами дистонии.
3. "атипичное" течение -

а) с повышением АД в 1 либо 2и 3 триместрах

б) со стабильно повышенным АД на всем протяжении беременности

в) с присоединением гестоза.

1. кризовое течение.

Клинические проявления ГБ у беременных характерны как для всех больных ГБ, при кризах: сильная головная боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, сердцебиение, покраснение лица. Боли в области сердца носят кардионевротический характер, наблюдается протеинурия, олигоурия. Однако очень часто течение ГБ выражается в виде церебральной патологии. ГБ отягощает течение беременности в виде нарушения внутриутробного развития плода, преждевременной отслойки плаценты, кровотечениями, нарушением кровообращения и эклампсией.

Различают 3 степени риска: 1 ст. минимальных осложнений, возникающих редко, 2 ст. выраженная, часто осложненная гестозами, 3 ст. максимально выраженных осложнений и чаще соответствуют стадии заболевания.

При 1 ст. риска беременные с ГБ наблюдаются амбулаторно 2 раза в месяц, во 2 половине беременности лечение ГБ и гестоза в стационаре. При 2 ст. риска госпитализация беременных до 12 недель беременности, повторно перед родами в 36 недель. ГБ отягощает течение беременности во второй половине в виде преждевременных родов и гибелью плода.

Больные с ГБ должны находится на диспансерном учете у терапевта, наблюдаться амбулаторно, проходить предгравидарную профилактику гипертонии, своевременную диагностику и лечение гестоза. Госпитализация до 12 недель для уточнения диагноза и решения вопроса о продолжении беременности, последующие при ухудшении состояния и гипертонических кризах.

Лечение беременных с ГБ начинают диеты без ограничения соли, так как имеется риск снижения плацентарного кровотока; рекомендуется увеличение содержания солей кальция в пище (профилактика преэклампсии), снижения потребления продуктов содержащих большое количество холестерина, экстрактивных веществ и возбуждающих нервную систему напитков; фитотерапии; соблюдения оптимального режима труда и отдыха. Фитотерапия включает набор трав, сборов, содержащих настой корня валерианы пустырника, боярышника и др. Седативные препараты: триоксазин 0,3 г 3 раза в день на протяжении всей беременности, элениум по 0,005 г 2-3 раза в день по показаниям, исключая прием в 1 триместре. Бромиды и барбитураты категорически противопоказаны. Гипотензивные : 1 группа - метилдопа (альдомет, допегит в сочетании с салуретиками- 0,25 г 4-5 раз в день), гидролазина и лабеталола, 2 группа антагонисты СА (верапамил 40 мг. дилтиазем 30 мг, нифедипин 10 мг), Бета- блокаторы (метопролол, атенолол 25-50 мг, тразикор 40мг), гидралазины - артериальные вазодилататоры, спазмолитические средства: дибазол, папаверин, но-шпа и др. Мочегонные курсами 1-2 дня в неделю гипотиазид 25-50-100 мг, фуросемид и урегит для кратковременного действия при кризах.

Для купирования гипертонических кризов целесообразно применение нифедипина, внутривенное введение магния сульфата, гидралазина или лабеталола. Противопоказаны ИАПФ, блокаторы АТ1 – рецепторов и дилтиазем, которые могут вызвать смерть плода и обладают тератогенным эффектом при назначении во 2 и 3 триместрах беременности. В случае подтверждения наступления беременности лечение этими препаратами должно быть прекращено.

В лечении ГБ беременных должна найти широкое применение физиотерапия- гальванизация зоны «воротника», эндоназальной зоны, микроволны сантиметрового и дециметрового диапазона.

Симптоматические АГ (артериальные гипертензии) чаще всего возникают в молодом возрасте, обнаруживаются случайно, характеризуются стойкой диастолической гипертензией, редкостью кризов, малой клинической симптоматикой. У беременных женщин чаще всего наблюдаются ренальные формы, носят более злокачественное течение и мало поддаются гипотензивной терапии. Тактика ведения в поликлинике таких беременных носит индивидуальный характер и чаще всего заканчивается прерыванием беременности.

Участковый терапевт должен проводить осмотр в течение всей беременности с исследованием лабораторных и клинических показателей с выяснением особенностей жалоб и данных анализа мочи, креатинина, микроскопии осадка, холестерина, триглицеридов и протромбинового индекса, ЭКГ и УЗИ сердца, почек. Обязательно назначают консультации специалистов кардиолога, невропатолога, окулиста, эндокринолога.

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ.**

Нарушение сосудистого тонуса носит характер артериальной гипотензии, если АД ниже 100 и 60 мм.рт. ст. У беременных встречается в 12% случаев и клиническим проявлением болезни часто является только симптомные гипотензии. Первичная артериальная гипотензия - типичный сосудистый невроз нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу. Часто заболевание протекает как коллаптоидное состояние, длящееся несколько минут, с падением артериального давления до 80 и 50 мм. рт. ст., усиливающееся головной болью и головокружением. Может быть рвота, тошнота, боли в животе, брадикардия. В патогенезе артериальной гипотонии большое значение имеют относительная недостаточность коры надпочечников, угнетение функции яичников, влияние плацентарных факторов: простагландинов, биологически активных веществ - катехоламинов, ацетилхолина, серотонина, гистамина. Беременные с артериальной гипотензией находятся на диспансерном учете у терапевта. Эффективным средством лечения и профилактики артериальной гипотензии является лечебная физкультура, утренняя гимнастика, обливания, душ, контрастные ножные ванны, массаж, сон не менее 10 -12 часов при назначении димедрола, супрастина. Питание должно быть полноценным содержать достаточное количество белков, витаминов и минеральных солей. Амбулаторное лечение включает назначения кофеина подкожно, витамин В1, 5% эфедрина или кордиамина. Фототерапия проводится во время всей беременности приемом трав шиповника, настоя корня аира, элеутерококка, женьшеня. Явка к терапевту в 1 половине беременности 1 раз в месяц, во 2 половине индивидуально по показаниям. Обследование включает анализ периферической крови в динамике, общего анализа мочи, консультации, невропатолога, окулиста, кардиолога. Беременные освобождаются от ночных смен, командировок. Госпитализация в стационар до 36 недель беременности в кардиологические отделения. Проводятся курсы лечебной физкультуры и психоэмоциональной разгрузки центральной нервной системы.

**РЕВМАТИЗМ**

Ревматизм - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в органах кровообращения. У беременных встречается редко и является продолжением ревматического процесса, приобретенного в детстве. Во время беременности важно уточнение степени активности ревматического процесса и служит одним из критериев сохранения или прерывания беременности. Василенко В.Х. и соавт.(1983) считают, что ревматический процесс почти никогда не обостряется во время беременности. Субфебрилитет не является надежным признаком ревматизма при беременности.

Тактика ведения таких беременных заключается в динамическом наблюдении за показателями периферической крови, ЭКГ и активностью ревматического процесса. Первое обследование в 1 половине 1 раз в месяц, во 2 половине 1 в неделю с консультацией специалистов ревматологом, окулистом, невропатологом с учетом активности, беременным осуществляется плановая госпитализация с приведением им курсов противорецидивной терапии и санацией очагов инфекции. До 16 недель нельзя применять дигоксин и аспирин. Лечение ревматизма обычно проводят пенициллином, нестероидные и стероиды оказывают неспецифический противовоспалительный эффект и являются симптоматическими средствами: преднизолон – 5 мг, дексаметазон- 0,5мг, преднизолон- 20 -30 мг в сутки в течение 10-14 дней, затем дозу постепенно снижают до 2,5 мг еженедельно. Профилактическое лечение должно быть приурочено к срокам беременности, когда наиболее опасны осложнения - в 1 триместре, на 28-32 неделе и в послеродовом периоде.

**ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ**

С острой патологией дыхательных путей у беременных приходится встречаться каждому терапевту. Грипп - частое инфекционное заболевание у беременных ,так как у них наблюдается повышенная чувствительность и восприимчивость к вирусам. Сопровождается развитием тяжелых осложнений, способствует развитию гиповитаминозов и гиперацидоза что, может привести к прерыванию беременности с гибелью плода. Грипп протекает остро, инкубационный период составляет 12- 24 часа, сопровождается ознобом. Выраженной интоксикацией и местными катаральными явлениями. Осложнения часто в виде трахеобронхита и пневмонии. Лечение беременным женщинам проводится в поликлинике или в домашних условиях легких и средних форм тяжести течения. Назначают в основном препараты, направленные на устранение интоксикации - обильное питье, обезболивающие, местную обволакивающую и противовоспалительную терапию. Отхаркивающие средства и антибиотики разрешается применять только при осложненных формах. Профилактика гриппа во время эпидемии предусматривает проведение иммунизации беременных вакциной или человеческим интерфероном. Лечение ремантадином противопоказано.

**ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ**

У беременных преобладает первичный бронхит вследствие инфекционного вирусного поражения бронхов при ослаблении иммунитета и переохлаждении. Часто сочетается с ларингитом, трахеитом, OРЗ. Заболевание начинается с катаральных изменений в верхних дыхательных путях, что проявляется кашлем и насморком. Течение беременности в физиологических условиях не должно предрасполагать к развитию бронхита, однако слизистой оболочки бронхов свойственно усиленное набухание в различные периоды, что затрудняет отхаркивание мокроты. Заболевание часто сопровождается субфебрилитетом, интоксикацией, в периферической крови появляются лейкоцитоз. На течение беременности, острый бронхит не оказывает существенного влияния. В лечении большое значение имеют средства облегчающие кашель и дезинтоксикация в период разгара болезни. Применяют отхаркивающие средства секреторного действия в любые сроки беременности, однако иодид калия беременным не назначают. Разрешающее воздействие на течение заболевания, оказывают бронхосекретолитические препараты - мукалтин 200мг, химотрипсин 20 мг и грудные сборы. Антибактериальная терапия в 1 триместре препаратами пенициллинового ряда, во 2 триместре цефалоспоринами - кефзолом, цепарином и др. Противопоказаны левомицетин и тетрациклины. Хронический бронхит при беременности является фактором, отягощающим течение этого заболевания. Обострение процесса наблюдается в ранние сроки беременности, сопровождается угрозой прерывания беременности с гипоксией и асфиксией плода. С наступлением беременности у таких больных проводится первичная санация очагов инфекции: лечение зубов. пазух носа, отитов, хронического холецистита, гастрита и мочевых путей. Медикаментозные методы лечения и физиотерапия проводится также как и при остром бронхите. При бронхоспазме применяют бронхорасширяющие средства спазмолитики, ксантиновые производные и противовоспалительные - интал и глюкокортикоиды. В симпатомиметики - изадрин, новодрин, эуспиран по 0,005 г под язык. Сальбутамол, беротек, аллупент, астмопент в ингаляциях. Для профилактики рекомендуют таблетированные формы. Метилксантин 2,4% эуфиллин, теофиллин 0,15 г 3 раза в день. Ежедневно беременным рекомендуется протирания полотенцем для закаливания и массажа, дыхательная гимнастика и лечебная физкультура.

Бронхиальная астма

Частота встречаемости БА при беременности по данным акад. Чучалина составляет 1,4%.Из них у 65-70% осложнения беременности в виде гестоза.

Осложнения беременности:48%-угроза прерывания;60%-внутриутробное страдание плода; сердечно- легочная недостаточность -10-12%.Основные причины- недостаточно эффективное лечение и недооценка степени тяжести.

.Причины перинатальной патологии у женщин с БА:

1.нарушение функции внешнего дыхания;

2.наличие хронического инфекционно-воспалительного очага;

3.нарушение гемостатического состояния.

Программа прегравидарной подготовки беременных с БА:1.консультация пульмонолога при планировании беременности;2.ведение дневника пикфлуометрии;3.обследованиеФВД, желательно до

беременности;4.планирование времени наступления беременности (не рекомендуется в период цветения начало беременности и родов.)5.исключение курения.

Программа ведения беременности при БА:

1.постоянный контроль пульмонологом;

2.лечение БА;

3.клинико-лабораторное обследование (повторить во 2м и3м триместре)

4.прогнозирование акушерской и перинатальной патологии;

5.медикаментозная профилактика и лечение осложнений (минимальные дозы препаратов, учет побочных эффектов у плода, быстрое купирование обострения с помощью глюкокортикоидов).

Медикаментозная профилактика акушерской и перинатальной патологии (основные группы препаратов):

-антиоксиданты для оптимизации окислительно-восстановительных, метаболических процессов; энзимотерапия (вобэнзим) - иммунокоррекция (виферон-свечи с 26недели); системное лечение хронического ДВС (актовегин, эссенциале, трентал, гепарин, плазмаферез). Не рекомендуется менять базисную терапию во время беременности.

Ведение беременных с бронхиальной астмой протекает по тому же принципу, что и хронический бронхит, но большее внимание уделяется профилактике приступа астмы и астматического статуса. Нужно отметить, что у беременных бронхиальная астма протекает значительно легче.

Важное, значение приобретает программа наблюдения в ранние сроки беременности и во второй половине, когда усиливается нагрузка на сердечно сосудистую систему и главным образом на легочный круг кровообращения. Профилактически больным назначается дыхательная гимнастика, фототерапия и витаминотерапия. Лечение проводится в стационаре терапевтического профиля под наблюдением акушера-гинеколога.

**АНЕМИИ**

Железодефицитная анемия и беременность (по данным 9го национального конгресса"Человек и лекарство")-1млрд800тыс. жителей планеты страдает ЖДА.12% женщин детородного возраста в РФ страдают ЖДА. Распространенность анемии у беременных составляет 30 - 32% и чаще всего является по этиологии вторичной железодефицитной, связана с наследственными формами и носит хронический характер.

В организме здорового человека содержится 3-5гр.железа. Потери железа при каждой беременности и лактации составляет 700-900мкгр. Женский организм в состоянии восстановить запасы железа в течение 4-5 лет. Если женщина рожает раньше этого срока, то ЖДА обязательно развивается снова.

Группы риска беременных по ЖДА:

1.Наличие экстрагенитальной патологии (ревматизм, пороки сердца, сахарный диабет, хр.пиелонефрит)

2.Женщины после кесарева сечения;

3.Женщины с осложнениями в предыдущих родах (анемия, кровотечения)

4.Осложнения текущей беременности;

5."Недоношенность" пациентки; (Недоношенные дети на момент рождения уже имеют дефицит железа)

6.Многорожавшие.

Диагностика ЖДА (лабораторные критерии):

Снижение ЦП, гипохромия эритроцитов, микроцитоз, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности сыворотки, снижение ферритина в сыворотке.

Клинически проявляется в слабости, понижении сопротивляемости организма к инфекциям, пониженном кровяном давлении и снижении гемоглобина в периферической крови. Различают 3 степени анемии по снижению основных периферических показателей красной крови у беременных и, соответственно, предполагают различную тактику ведения в условиях поликлиники

Лечение ЖДА. Классификация препаратов железа.

1.Пероральные (препараты солей железа) - сульват, фумарат, глюконат хлорид; железополимальтозный комплекс.

2.Парентеральные (препараты железосодержащих комплексов)-

железополимальтознный комплекс, железосорбитоловый комплекс, натрия-сахаратный комплекс.

Показания для парентеральных препаратов:

-нарушения всасывания (патология кишечника);

-непереносимость пероральных препаратов;

-необходимость быстрого насыщения железом.

Вещества, усиливающие всасывание железа - витамин С, янтарная кислота, фруктоза, цистеин, сорбит, никотинамид.

Вещества, уменьшающие всасывание железа – танин (чай), фосфаты , соли Са, антациды , тетрациклины.

Основные принципы лечения препараты железа для приема внутрь:

-назначение препаратов железа в адекватной дозе;

-для солевых препаратов железа - назначение препаратов, содержащих вещества, усиливающие всасывание.

-избегать одновременного приема пищевых веществ и лекарственных препаратов, уменьшающих всасывание железа;

-одновременное назначение витаминов группы В (в том числе В12), фолиевой к-ты только при наличии спец.показаний;

-достаточная продолжительность насыщающего курса терапии (не менее 1-1,5 мес.);

-необходимость проведения поддерживающей терапии после нормализации показателей гемоглобина.

Рекомендации ВОЗ по ведению беременных с ЖДА:

оптимально всем беременным на протяжении 2-3 триместров гестации и во время лактации (6 мес.) принимать пероральные препараты железа. Сорбифер дурулес (100 мг железа) - 1-2 таб. \день.

Выбор дозы ПЖ: Суточная потребность в железе - 2-3мг (норма).

При ЖДА составляет - 20-30 мг (что соответствует -100-200мг элементарного железа)

Основные препараты:

Сорбифер дурулес - 1таб. содержит 100 мг элемен.железа.

Фенюльс -1таб. - 45 мг железа

Ферроплекс -1таб. - 10 мг железа.

Тардиферон -1таб. -80мг железа.

Прегравидарная профилактика ЖДА у женщин -применение в течении 5-7 дней после каждой менструации по 1 таб. сорбифер дурулес.

При показателе гемоглобина менее 12мг% в ранние сроки беременности и 110 г\л в 3 триместре назначается: диета, богатая железом естественная оксигенация (прогулки) и лечение сопутствующей экстрагенитальной патологии (хронического гастрита, пиелонефрита и др.) с контролем анализа крови ежемесячно. Проводят курсы профилактического лечения 2 раза во время всей беременности препаратами железа до восстановления уровня гемоглобина.

При выраженной клинической картине и снижении гемоглобина ниже 10Mr% необходима консультация гематолога и госпитализация с лечением анемии в условиях стационара. Лабораторное исследование на содержание гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа и тромбоцитов проводится еженедельно до восстановления показателей, дородовая госпитализация за 7-10 дней. Оздоровительные мероприятия: диета с большим содержанием железа (6 недель), аскорбиновая кислота, пантотенат кальция, кокарбоксилаза, АТФ по 10 инъекций, общеукрепляющие мероприятия (удлинение физиологического сна, оксигенация, рациональное трудоустройство, в 26 недель провести повторные курсы профилактического противоанемического лечения, профилактику не вынашивания, токсикозов беременности и кровотечения.

**ПИЕЛОНЕФРИТ**

При наличии факторов риска развития инфекции мочевых путей ,у беременных осуществляется обследование их в ранние сроки с исследованием анализа мочи, анализа крови и контроля за артериальным давлением. К таковым факторам можно отнести наличие хронических заболеваний половой сферы в анамнезе, хронические очаги инфекции в других органах и системах. Без нарушения показателей необходимо проводить наблюдение 1 раз в месяц в 1 половине и 24-32- недели 2 раза в месяц с санацией очагов инфекции. При наличии бессимптомной бактериурии явка в 1 половину еженедельно, во 2 половине 2 раза в месяц с проведением лечебных и профилактических мероприятий: анализ мочи по Нечипоренко, ультразвуковое исследование почек курсовое лечение фитопрепаратами-толокнянки, мочегонного чая, антибактериальными препаратами, диетой. Госпитализация по показаниям. По срокам повторяют курс лечения в 20, 26-32, 39 недель беременности.

При хроническом пиелонефрите вне обострения, явка к терапевту 3 раза в месяц с обследованием анализа мочи 2 раза в месяц, анализа крови и мочи по Нечипоренко I раз в месяц на 24 и 32 недели беременности. Дополнительно назначают исследование биохимии крови - креатинин, остаточный азот, общий белок. холестерин с ультразвуковым исследованием почек, консультацией уролога и нефролога. Курсами проводится профилактическое лечение обострения и не вынашивания плода. Лечение включает короткие курсы антибактериальной терапии, фитотерапии и диеты с соблюдением правил гигиены половой жизни. Плановая госпитализация на 12 28 недели, при обострении хронического пиелонефрита госпитализация в терапевтические отделения под наблюдением врача акушера-гинеколога.

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА**

При первичном обращении ктерапевту необходимо провести полное обследование с консультацией гастроэнтеролога и дачей рекомендаций по профилактике обострения: соблюдение режима питания. Труда и отдыха освобождением от ночного труда и командировок. В случаях обострения заболевания (редко) необходима плановая госпитализация с лечением антибактериальными препаратами, антацидами, диетой и профилактикой невынашивания плода, железодефицитной анемии и кровотечения. Лечение язвенной болезни в период беременности должно быть строго индивидуальным. В период обострения назначают постельный режим, дробное питание (3-6 раз в день), диету 1-1б по Певзнеру, оксациллин или фуразолидон без де-нола. Де-нол беременным и родильницам противопоказан. Рекомендуется беременным исключить антациды с высоким содержанием натрия и отдать предпочтение средствам с высокой нейтрализующей способностью - маалокс по 1 порошку через 1-2 часа после еды 3-5 раз в день. Применяются обволакивающие и вяжущие препараты отвар цветов ромашки, травы зверобоя, антиспастические и слабительные настои трав.

Всем беременным, перенесшим обострение язвенной болезни, за 2-4 недели до родов рекомендуется провести курс противоязвенной терапии.

При проведении программ ведения беременных в поликлинике, участковому врачу необходимо opиeнтироваться в специфике фармакотерапии у беременных.

Антибиотики: пенициллин и цефалоспорины накапливаются в плаценте и околоплодной жидкости, тератогенный эффект отмечается редко, поэтому они могут иметь применение в любые сроки беременности. Недопустимо применение во время беременности неомицина, мономицина, гентамицина, ристомицина. Макролиды, эритромицин и олеандомицин проявляют гепатотоксичность, могут использоваться в единичных случаях, кроме периода органогенеза плода. Тетрациклины обладают тератогенным действием и противопоказаны для лечения беременных. Большие дозы нитрофуранов могут вызвать гемолиз эритроцитов плода, поэтому можно назначать только средние и малые дозы препаратов нитрофуранового ряда, Малые и средние дозы глюкокортикоидов, инсулина, букарбана не обладают тератогенным и эмбриотоксическим действием, могут применяться в определенные сроки беременности, кроме периода органогенеза плода. А мерказолил и другие антитиреоидные препараты обладают выраженным тератoгенными эмбриoтоксическим действием.

Ацетилсалициловая кислота, анальгин, фенацетин вызывают мутагенное и тератогенное действие в виде повреждения скелета, сосудов и гипотрофии плода.

Антигистаминные средства противопоказаны в первом триместре беременности. Психотропные препараты - мутагенны и тератогенны, применение в 1 триместре не разрешается, и могут применяться только по абсолютным показаниям. Фуросемид, гипотиазид вызывает тромбоцитопению у плода и также применяется по строгим показаниям.

Антикоагулянты также нежелательно применять во время беременности

(вызывают дефекты развития центральной нервной системы, гипоплазии носа и т. д) особенно в 3 триместре беременности.

Сердечные гликозиды легко проникают через плацентарный барьер, их нежелательно применять в первом триместре беременности.

Противоаритмические, новокаинамид, бета-блокаторы, антагонисты кальция,

этмозин, аллапинин могут использоваться при лечении беременных.

Витаминные препараты могут применяться во все сроки беременности.

**ТЕСТЫ** для контроля усвоения темы:

Выберите один или несколько правильных ответов:

1. Какие сроки беременности являются наиболее уязвимыми для течения заболеваний экстрагенитальной патологии

1) первый триместр

2) второй триместр

в) третий триместр

2. Какие особенности ОРВИ у беременных:

1) короткий латентный период

2) тяжесть интоксикации

3) латентность течения

4) выраженные клинические проявления

3. Какие особенности деятельности сердечно-сосудистой системы у беременных

1) повышение объема циркулирующей крови

2) уменьшение объема циркулирующей крови

3) тахикардия

4) брадикардия

5) повышение АД

4. В чем заключается профилактика экстрагенитальной патологии у беременных

1) осмотр беременных

2) раннее выявление заболеваний у беременных

3) санация хронических очагов

4) сбор анамнеза на наличие хронических заболеваний внутренних органов

5. Какие медикаментозные препараты применяют беременным, страдающим гипертонической болезнью

1) бета-блокаторы

2) АПФ

3) мочегонные

6. В какой срок беременности не рекомендуется назначение лекарственной терапии

1) 7-12 недель

2)18-22 недели

3)28-32 недели

4) 39-40 недель

7. Какие сроки лечения беременных с экстрагенитальной патологией в условиях поликлиники

1) 5-7 дней

2) 1—14 дней

3)18-21 день

4)39-40 дней

8. Показания для госпитализации беременных:

1) острые заболевания внутренних органов

2) хроническое течение

3) подострое течение

9. В каких лечебных учреждениях получают лечение беременные до 36 недель

1) стационары терапевтического профиля

2) отделение патологии беременных родильного дома.

ОТВЕТЫ

1. 1,3
2. 1,2
3. 1,3
4. 3,4
5. 1
6. 1
7. 1,2
8. 1,2,3
9. 1

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
3. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.
4. Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная:**

1. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях: учебное пособие : рек. УМО по мед. и фармац. образов. вузов России для обучающихся по основам образов. программ высш. образования - подготовки кадров высш. квалиф. по программам ординатуры по спец. "Организация здравоохранения и общественное здоровье"/ Л. Н. Коптева, А. Г. Барабанов. - Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2015. – 91с.
2. Медицинская реабилитация: учебник : Мин. образования и науки РФ, рек. ГБОУ ВПО "Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова" для студ. учреждений ВПО, обуч. по спец. "Лечебное дело" и "Педиатрия" по дисц. "Медицинская реабилитация"/ под ред.: А. В. Епифанова, проф. Е. Е. Ачкасова, В. А. Епифанова. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. - 668 с.