ПОРОКИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

1. Причины неблагоприятных исходов беременности и родов у беременных с пороками сердца.

-недостаточное или нерегулярное обследование беременных в женской консультации

-отсутствие комплексного наблюдения за беременной акушером и терапевтом

-сознательный отказ некоторых беременных от врачебного наблюдения (из-за стремления к материнству без учета возможности опасных последствий для здоровья и жизни)

-неэффективные лечебные мероприятия

-ошибки в ведении родов и послеродового периода

2. Основные задачи при обследовании беременных с пороками сердца на уровне женской консультации.

-тщательный сбор анамнеза (в том числе акушерского)

-установление акушерского диагноза

-распознавание порока сердца, его формы, изменений миокарда и других органов

-выявление признаков нарушения кровообращения

-распознавания ревматизма, его активности

-выявление очаговой инфекции, других сопутствующих нарушений

1. Стадии развития митрального стеноза по Бакулевой – Дамир, допустимость беременности и родов в каждой стадии.

-1: отсутствуют признаки декомпенсации. Допустимы и беременность, и самопроизвольные роды

-2: начальные проявления СН: одышка после физической нагрузки. Беременность можно сохранить при постоянном врачебном наблюдении. При родах –выключение потуг и родоразрешение щипцами.

-3: застой в легких, повышение венозного давления, увеличение печени.

-4: застой в МКК и БКК резко выражен, печень резко увеличена, плотная, периферические отеки, значительно повышено венозное давление, м.б. асцит.

-5: дистрофическая стадия.

В 3, 4 и 5 стадиях беременность категорически противопоказана.

1. Возможности беременности и родов для женщин с врожденными, комбинированными пороками и после операций на сердце.

Женщинам с сочетанными пороками сердца беременность как правило противопоказана. При врожденных пороках вопрос о беременности решается индивидуально с учетом формы порока, фазы его развития, возможных осложнений. При синих пороках (тетрада Фалло, ДМПП, ДМЖП, коарктация аорты) беременность противопоказана.

После операции на сердце кровоснабжение органа восстанавливается как правило через 1-1.5 года. Примерно на этот срок следует планировать беременность у женщины при отсутствии противопоказаний: неблагоприятный результат операции, развитие возвратного ревмокардита, подострый септический эндокардит, митральный стеноз. После протезирования клапанов беременность противопоказана.

1. Методы прерывания беременности у женщин с пороками сердца.

В сроки до 12 недель производят медицинский аборт. При расширении канала ШМ пользуются вибродилататором, далее производят выскабливание полости матки.

При наличии показаний к позднему искусственному аборту производят малое кесарево сечение под интубационным наркозом с применением релаксантоов короткого действия (листенон).

1. Показания для родоразрешения кесаревым сечением у женщин с пороками сердца.

-возвратный и подострый септический эндокардит

-митральная недостаточность с резко выраженной регургитацией

-митральный стеноз, не поддающийся хирургической коррекции

-аортальные пороки с НК

сочетание порока с акушерской патологией (поперечное положение плода, предлежание плаценты, узкий таз)

1. Особенности ведения родов через естественные родовые пути у женщин с пороками сердца.

До начала родовой деятельности – промедол 1-2 мл п/к, спазмолитики, витамин В1. Обезболивание проводят закисью азота с кислородом.

При явлениях декомпенсации дают вдыхать увлажненный кислород

Когда головка плода опустится в полость или на дно таза, накладывают акушерские щипцы под закисно-кислородным наркозом.

После рождения плода на живот матери кладут тяжесть (800-1200 г), вводят в/м эргометрин или метилэргатаимн.

Внимательно ведут послеродовый период, т.к возможно нарастание гемодинамических нарушений.

1. Компоненты комплекса лечебно-профилактических мероприятий при ведении беременных с пороками сердца.

-соответствующий гигиенический режим

-лечебная физкультура

-лечебное питание

-психопрофилактическая подготовка к родам

-оксигенотерапия

-медикаментозное лечение

ПАТОЛОГИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ

1. Акушерские и общие осложнения пиелонефрита у беременных.

-угроза прерывания беременности

-самопроизвольный аборт

-преждевременные роды

-поздний токсикоз

-ОПН

-септицемия и септикопиемия

-бактериальный шок

1. Показания к досрочному родоразрешению через естественные родовые пути и кесаревым сечением у женщин с пиелонефритом.

-сочетание пиелонефрита с тяжелыми формами позднего токсикоза

-отсутствие эффекта от проводимого лечения

-ОПН

-гипоксия плода

для КС:

-полное предлежание плаценты

-узкий таз

-поперечное положение плода.

Т.е., только акушерские показания.

1. Наиболее частые сроки обнаружения пиелонефрита во время беременности и после родов.

-24-29 недель

-32-34 недели

-39-40 недель

-2-5 день после родов

-10-12 дни после родов

1. Лечение пиелонефрита у беременных.

В 1 триместре применяют полусинтетические пенициллины:

-ампициллин до 2 г/сут

-оксациллин ло 3 млн.ед/сут

-метициллин до 4 млн.ед/сут

Во 2-3 триместрах можно аминогликозиды:

-гентамицин до 80-120 мг/сут

-канамицин 1-5-2 г/сут

Применяют и цефалоспорины до 2-4 г/сут.

Кокковая флора успешно лечится эритромицином (2г/сут), олеандомицином (2г/сут).

К курсу лечения добавляется 5-НОК на 2 недели, а также уроантисептики: невиграмон, уросульфан, фурагин.

Общеукрепляющее лечение состоит в назначении десенсибилизирующих средств, витаминов, седативных препаратов.

1. 3 степени риска при пиелонефрите у беременных (по Шехтману).

1 степень: неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности

2 степень: хронический пиелонефрит, существовавший до беременности

3 степень: пиелонефрит с гипертонией или азотемией, пиелонефрит единственной почки.

У больных с 3 степенью риска беременность противопоказана.

1. Формы хронического гломерулонефрита, их основные клинические и лабораторные симптомы у беременных.

Нефротическая форма:

-протеинурия до 30-40 г/л

-гипопротеинемия до 40-50 г/л

-отеки

-гиперхолестеринемия

Гипертоническая форма:

-высокое АД

-незначительная гематурия, цилиндрурия

-расширение левой границы сердца

-изменения на глазном дне

Смешанная (отечно-гипертоническая) форма:

Имеются все признаки, но те или иные преобладают.

1. Осложнения беременности, возникающие при гломерулонефрите.

-поздний токсикоз

-нарушение маточно-плацентарного кровообращения

-отставание плода в развитии, гипотрофия

-нарушение свертывающей системы у женщины, вызывающее преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты

1. Показания для досрочного родоразрешения женщин с гломерулонефритом.

-обострение хронического гломерулонефрита с нарушением функции почек

-нарушение белкового обмена с нарастанием азотемии

-повышение АД

-присоединение тяжелых форм позднего токсикоза

-отсутствие эффекта от проводимого лечения

-ухудшение состояния плода

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

1. Осложнения беременности при патологии щитовидной железы у женщин.

-выкидыши

-токсикозы

-мертворождения

-аномалии развития плода

1. Осложнения беременности у женщин с гипертиреозом.

-выкидыши в 1 половине

-преждевременные роды

-частое развитие токсикоза преимущественно в 1 половине беременности

-у больных со средней степенью тяжести тиреотоксикоза с 28-30-й недели возможно развитие сердечной недостаточности, мерцательной аритмии.

1. Диагностические критерии гиперфункции щитовидной железы у беременных.

-увеличение щитовидной железы

-частый пульс во время сна

-тахикардия, превышающая функционально допустимую у беременных

-экзофтальм

-аномальное снижение массы тела

-значительное повышение уровня тироксина в плазме крови

1. Лечение гипертиреоза у беременных.

Легкая степень:

-дийодтирозин по 0.05 2 раза в день

-экстракт валерианы

-витаминотерапия

-отмена дийодтирозина за 2-3 недели до родов

Средняя и тяжелая степень:

-мерказолил, возможно с ранних сроков беременности под контролем уровня тиреоидных гормонов в крови

-при отсутствии эффекта от консервативного лечения – хирургическое лечение во 2 триместре

-при обострении тиреотоксикоза после родов – подавление лактации и лечение мерказолилом

1. Ведение беременных с патологией щитовидной железы в условиях женской консультации.

-частота явок индивидуальна, но чаще чем в норме

-исследование уровня ТТГ в крови каждые 5 недель

-ЭКГ

-консультации специалистов:

терапевт 2 раза в месяяц

эндокринолог при взятии на учет и в 32 недели

-госпитализация до 12 недель для решения вопроса о сохранении беременности

-проведение оздоровительных мероприятий:

лечение по рекомендациям эндокринолога

профилактика прерывания беременности, токсикоза 2 половины

1. Осложнения беременности у женщин с гипофункцией щитовидной железы.

-тяжелые гестозы, эклампсия

-антенатальная гибель плода

-глубокие аномалии развития плода

-упорная слабость родовой деятельнояти

1. Основные жалобы и клинические симптомы, характерные для гипотиреоза у беременной.

-вялость, сонливость, снижение памяти, сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, упорные запоры, зябкость, боли в мышцах, кровоточивость десен, разрушение зубов.

-бледность кожи, отечность, замедленная речь, медлительность движений, хриплый голос, ЧСС –52-60 в минуту. Снижение уровня ТТГ при низком или нормальном уровне тиреоидных гормонов

1. Признаки врожденного гипотиреоза у плода.

-затрудненное дыхание

-цианоз

-желтуха и гипербилирубинемия более недели

-пупочная грыжа у 50%

-необычное спокойствие (летаргия)

-плохо сосет

-большой язык

-запоры

-короткие конечности, седлообразный нос, широко расставленные глаза

-гипорефлексия

ПРОГРАММА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ

МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

При риске развития инфекции мочевыводящих путей:

1.Явки: в 1 половину – 1 раз в месяц

 с 24 по 32 неделю – 2 раза в месяц

 с 32 недели – по приказу №430

2.Обследование: ОАМ в 1 половину – 1 раз в месяц, на 26-32 неделе – еженедельно

 проба Нечипоренко по показаниям

 анализ крови по приказу №430

3.Консультации специалистов:

 терапевта женской консультации по показаниям

4.Госпитализация согласно имеющемуся фактору риска.

5.Оздоровительные мероприятия:

 санация очага инфекции

 курсы профилактического лечения как при хр. пиелонефрите.

При бессимптомной бактериурии:

1.Явки: в 1 половину – 1 раз в месяяц

 во 2 половину – 2 раза в месяц

2.Консультации специалистов:

терапевта женской консультации до исчезновения бактериурии еженедельно, затем – 1 раз в месяц

 уролога по показаниям

3.Обследование: ОАМ еженедельно до нормализации, затем 1 раз в месяц до 26 недель, на 26-32 неделе еженедельно, далее – 2 раза в месяц

 проба Нечипоренко, активные лейкоциты

 УЗИ почек

4.Госпитализация по показаниям.

5.Оздоровительные мероприятия:

 курс лечения 10-12 дней (препараты толокнянки, мочегонный чай, а/б-препараты)

 профилактические противовоспалительные курсы на 18-20, 26-32, 39 неделе по 10-12 дней

 санация очагов инфекции

6.Профилактика невынашивания беременности.

При хроническом пиелонефрите:

1.Явки: 3-4 раза в месяц

2.Обследование: ОАМ 2 раза в месяц

 ОАК 1 раз в месяц

 проба Нечипоренко 1 раз в 4 месяца

 офтальмоскопия 1 раз в 4 месяца

 б/х крови (мочевина, остаточный азот, общ. белок, холестерин) при обострении

 УЗИ почек

3.Консультации специалистов:

 терапевт женской консультации в порядке диспансерного наблюдения 2 раза в месяц, при обострении – еженедельно до ликвидации симптомов

 уролог, нефролог (по показаниям)

4.Госпитализация: 12, 18 недель – плановая

 за 10 дней до предполагаемых родов

 при обострении в любом сроке

5.Оздоровительные мероприятия:

 санация очагов хронической инфекции

 курсы профилактического противовоспалительного лечения в 18-20, 26-28, 38 недель и через 12 дней после родов (мочегонный чай, клюквенный морс

При переходе из ремиссии в острую фазу добавляется а/б-лечение: нитрофураны, 5-НОК,невиграмон, антибиотики (ампициллин по 2 г/сут, оксациллин по 3 млн/сут, пенициллин по 2 млн/сут) в течение 10-12 дней.

Проводится профилактика:

-внутриутробной гипоксии плода

-послеродовой гнойно-септической инфекции

-железодефицитной анемии

-недонашивания

-позднего токсикоза

3 степени риска акушерской патологии для женщин с пиелонефритом:

1 степень: неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности, бессимптомная бактериурия

2 степень: хронический пиелонефрит, существовавший до беременности

3 степень: пиелонефрит с гипертонией или азотемией, пиелонефрит единственной почки

ПРОГРАММА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ :

С риском развития сахарного диабета

1.Явки: до 28 недель – 1 раз в 2 недели

 после 28 недель – еженедельно

2.Обследование: сахар крови (натощак) во 2-3 триместре

 ТТГ (при глюкозурии и нормальном сахаре крови)

 сахар в суточной моче

3.Консультации специалистов:

 эндокринолог, терапевт, окулист – по показаниям

4.Оздоровительное лечение:

 диета с ограничением углеводов

3-4 курса профилактики по 10 дней в течение беременности: кислородные коктейли, витамины группы В, рутин, липотропные средства

При сахарном диабете (латентном, скрытом, явном)

1.Явки: до 32 недель – 2 раза в месяц

 после 32 недель – 3-4 раза в месяц

2.Обследование: ТТГ при взятии на учет, в 3 триместре и по показаниям

 сахар крови 2-3 раза в месяц

 сахар в моче 2-3 раза в месяц

 ацетон в моче 2-3 раза в месяц

 офтальмоскопия

 УЗИ плода 2-3 триместр

3.Консультации специалистов:

 окулист при взятии на учет и в 32 недели

 эндокринолог в порядке диспансерного наблюдения

 невропатолог по показаниям

4.Госпитализация:

 плановая в 12-22 недели, 32 недели

 дородовая в 35 недель

5.Оздоровительные мероприятия:

взятие на учет в ранние сроки для решения вопроса о продолжении беременности

нормализация режима труда и отдыха

курсы профилактического лечения (3-4 по 10 дней)

диета с ограничением углеводов

гипогликемические препараты по назначению эндокринолога

Проводится профилактика:

-токсикоза 2 половины беременности

-пиелонефрита

-анемии

-внутриутробной гипоксии плода

-крупного плода

-гепатопатии

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Изменения в углеводном обмене при беременности:

-снижение толерантности к глюкозе

-снижение чувствительности к инсулину

-повышение циркуляции свободных жирных кислот

Это следствие воздействия плацентарных гормонов – плацентарного лактогена, прогестерона, кортикостероидов.

Плацентарный лактоген повышает уровень свободных жирных кислот в сыворотке крови. СЖК используются для покрытия энергетических затрат материнского организма, в то время как глюкоза сохраняется для плода.

При беременности физиологические изменения углеводного обмена сходны с таковыми при сахарном диабете, поэтому беременность считается

ДИАБЕТОГЕННЫМ ФАКТОРОМ.

Клиническая классификация сахарного диабета беременных:

1.Явный диабет беременных.

1 степень тяжести: уровень глюкозы натощак не более 7.7 ммоль/л

 кетоза нет

 нормализация гипергликемии достигается диетой

2 степень тяжести: уровень глюкозы натощак не более 12.21 ммоль/л

 кетоза нет либо он устраняется диетой

3 степень тяжести: уровень глюкозы натощак более 12.21 ммоль/л

 тенденция к развитию кетоза

 ангиопатии

2.Транзиторный диабет беременных.

Признаки сахарного диабета существуют только во время беременности, исчезают после родов. Эта форма составляет 50% от всех случаев диабета беременных.

3.Латентный (субклинический) диабет.

Диагноз устанавливается по измененной пробе на толерантность к глюкозе.

4.Угрожающий диабет беременных.

-женщины, имеющие больных диабетом родителей или

ближайших родственников

-женщины, родившие детей весом более 4.500г группы риска

-женщины с избыточной массой тела

-женщины с глюкозурией

КЛИНИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ:

сухость во рту, жажда, полиурия, повышенный аппетит, уменьшение массы тела, общая слабость, кожный зуд, особенно в области наружных половых органов, пиорея, фурункулез

ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА:

-диабетическая (кетонемическая) кома

-гипогликемическая кома

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ И КЕТОНЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Кетонемическая кома | Гипогликемическая кома |
| Скорость нарастания симптомов | Постепенно, за несколько дней | Быстро, за несколько часов |
| Запах ацетона | Резкий | Отсутствует |
| Дыхание | Шумное, типа Куссмауля | Нормальное, иногда поверхностное |
| Кожа | Сухая, тургор снижен | Влажная, тургор в норме |
| Язык | Сухой, с налетом | Влажный |
| Тонус глазных яблок | Снижен | Нормальный |
| Сухожильные рефлексы | Снижены или не определяются | Нормальные |
| Пульс | Частый | Вариабельный |
| Артериальное давление | Снижено | Нормальное |
| Сахар в моче | В большом количестве | Нет |
| Кетоновые тела в крови | Повышены | Норма |
| Лейкоциты крови | Повышены | Норма |

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ

САХАРНОГО ДИАБЕТА

-углубление сосудистых нарушений в различных органах

-нарастание тяжести диабетических нефропатий, ретинопатий

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕНОСТИ

-преждевременное прерывание беременности 15-31%

-поздний токсикоз (повышение АД и отеки) 30-50%

-многоводие 20-30%

-воспалительные заболевания мочеполовой

сферы 16%

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У МАТЕРИ НА ПЛОД

-большая масса при рождении, не соответствующая сроку гестации

-внешний кушингоидный облик за счет большой массы жировой ткани

-гипертрофия островков поджелудочной железы

-большие размеры сердца

-уменьшение массы головного мозга и тимуса

-функциональная незрелость органов и систем

-метаболический ацидоз в сочетании с гипогликемией

-респираторные расстройства

-врожденные аномалии развития (в том числе синдром каудальной регрессии, встречающийся только при сахарном диабете – недоразвитие нижней части туловища и конечностей)

Эти новорожденные независимо от срока гестации считаются НЕДОНОШЕННЫМИ и нуждаются в специальном уходе.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

1.Заблаговременная многодневная подготовка родовых путей по существующим схемам. При отсутствии эффекта – родоразрешение кесаревым сечением.

2.Родовозбуждение начинается с амниотомии. Если через 1-1.5 часа после излития вод не развилась регулярная родовая деятельность, то необходимо создать гормональный фон и стимулировать роды окситоцином в комбинации с простагландинами на фоне применения спазмолитических средств.

3.Для предупреждения вторичной слабости родовой деятельности при затянувшемся 1 периоде родов – обеспечить акушерский сон-отдых (ГОМК, виадрил )

4.В родах постоянно контролируется состояние плода (кардиомониторный контроль), проводится профилактика внутриутробной гипоксии, терапия позднего гестоза.

5.Для профилактики тяжелой декомпенсации сахарного диабета в родах необходимо регулярно определять уровень гликемии (через 2-3 часа) и корректировать его назначением дробных доз инсулина или глюкозы.

6.При неподготовленных родовых путях, отсутствии эффекта от родовозбуждения или появлении симптомов нарастающей внутриутробной гипоксии плода необходимо закончить роды кесаревым сечением.

ПОКАЗАНИЯ К АБДОМИНАЛЬНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ

ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

-наличие сосудистых осложнений диабета, прогрессирующих во время беременности

-лабильный диабет со склонностью к кетоацидозу

-прогрессирующая гипоксия плода при отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути и при сроке беременности не менее 36 недель

-тяжелый, не поддающийся лечению поздний токсикоз

-тазовое предлежание плода

-гигантский плод

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К СОХРАНЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

-наличие прогрессирующих сосудистых осложнений диабета (ретинопатии, интракапиллярный гломерулосклероз с почечной недостаточностью и гипертензией)

-инсулинорезистентные и лабильные формы сахарного диабета

-сахарный диабет у обоих супругов

-сочетание сахарного диабета и резус-сенсибилизации женщины

-сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких

-наличие в анамнезе рождения детей с пороками развития или гибели плодов

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ГИПОТИРЕОЗА

-симптомы гипотиреоза с развитием беременности уменьшаются

-у больных, постоянно принимающих тиреоидин, во 2-й половине беременности возникают симптомы гиперфункции щитовидной железы, прежде всего тахикардия. Это следствие компенсаторного увеличения функции щитовидной железы плода и поступления тиреоидных гормонов от плода к матери

ВЛИЯНИЕ ГИПОТИРЕОЗА НА БЕРЕМЕННОСТЬ

-эклампсия

-внутриутробная смерть плода

-глубокие аномалии развития у новорожденных

-невынашивание беременности

-развитие железо –фолиеводефицитной анемии

-упорная слабость родовой деятельности

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА

-при легких формах во 2-й половине беременности состояние обычно улучшается и у 28% женщин спонтанно достигает эутиреоидного. Это связано с повышением гормоносвязывающих свойств крови во время беременности

-при средней тяжести тиреотоксикоза улучшение наступает значительно реже. С 28-30 недели у большинства женщин развивается сердечная недостаточность, выраженная тахикардия, может быть аритмия.

ВЛИЯНИЕ ТИРЕОТОКСИКОЗА НА БЕРЕМЕННОСТЬ

-невынашивание

-угрожающий выкидыш

-преждевременные роды

-ранний токсикоз

-поздний токсикоз с гипертензивным синдромом

-роды протекают быстро (в среднем около10 часов у первородящих)

# ПОРОКИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Вопрос о сохранении беременности при пороках сердца решается с учетом:

-активности ревматического процесса

-характера поражения сердца

-степени компенсации

-функционального состояния миокарда, а также других органов и систем

-наличия сопутствующих заболеваний

-возраста женщины

КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## Начало беременности – 16 недель

### В эти сроки наиболее часто происходит обострение ревмокардита

26-32 недели

Максимальные гемодинамические нагрузки, увеличение ОЦК, минутного объема сердца, снижение гемоглобина

35 недель-начало родов

Увеличение массы тела, затруднение легочного кровообращения из-за высокого стояния дна матки, снижение функции диафрагмы

## Начало родов-рождение плода

### Увеличение АД, систолического и минутного объема сердца

## Ранний послеродовый период

Возможны послеродовые коллапсы из-за резкого изменения внутрибрюшного и внутриматочного давления

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА

1.Явки: не реже 1 раза в месяц в 1 половине

 не реже 2 раз в месяц во 2-й половине

2.Обследование: по назначению терапевта

 ЭКГ, ФКГ

рентгенограмма органов грудной клетки (не ранее 10 недели)

титр антигиалуронидазы

титр анти-О-стрептолизина

дифениламиновая реакция ревматологические

ревмофактор пробы

СРБ

3.Госпитализации:

1-до 10 недели – для уточнения диагноза, функционального состояния ССС, активности ревматического процесса, решения вопроса о сохранении беременности

2-в 27-32 недели –для лечения в период наибольших гемодинамических нагрузок

3-в 37-38 недель – для подготовки к родам, выбора плана ведения родов, кардиальной и противоревматической терапии

Диагностические критерии гиперфункции щитовидной железы у беременных

-увеличение щитовидной железы

-частый пульс во время сна

-тахикардия, превышающая функционально допустимую у беременных

-экзофтальм

-аномальное снижение массы тела

-значительное повышение уровня тироксина в плазме крови

Лечение гипертиреоза у беременных

Легкая степень:

-дийодтирозин по 0.05 2 раза в день

-экстракт валерианы

-витаминотерапия

-отмена дийодтирозина за 2-3 недели до родов

Средняя и тяжелая степень:

-мерказолил, возможно с ранних сроков беременности под контролем уровня тиреоидных гормонов в крови

-при отсутствии эффекта от консервативного лечения – хирургическое лечение во 2 триместре

-при обострении тиреотоксикоза после родов – подавление лактации и лечение мерказолилом

ведение беременных с патологией щитовидной железы в условиях женской консультации

-частота явок индивидуальна, но чаще чем в норме

-исследование уровня ТТГ в крови каждые 5 недель

-ЭКГ

-консультации специалистов:

терапевт 2 раза в месяяц

эндокринолог при взятии на учет и в 32 недели

-госпитализация до 12 недель для решения вопроса о сохранении беременности

-проведение оздоровительных мероприятий:

лечение по рекомендациям эндокринолога

профилактика прерывания беременности, токсикоза 2 половины