Автор: Слядзевска Юлия Михайловна
23.05.2009 11:28 -

Известно, что планирование и ведение беременности в основном являются прерогативой акушер-гинекологов. И всё же, почему при этом во всём мире столь большая роль отводится терапевту или семейному врачу? Для того чтобы понять, почему своевременная диагностика и лечение экстрагенитальных (не связанных с половой системой) заболеваний так чрезвычайно важны для выбора правильной тактики ведения беременности и родоразрешения, рассмотрим некоторые формы заболеваний, сопровождающие беременность.
Артериальная гипертензия беременных

Артериальная гипертензия беременных характеризуется повышением артериального давления, как правило, после 20-ой недели беременности более чем на 140/90 мм.рт.ст. или повышением систолического и диастолического давления (по сравнению с обычным артериальным давлением пациентки) более чем на 30 и 15 мм.рт.ст. соответственно.

Патогенез артериальной гипертонии беременных достаточно сложен: в результате образования плаценты меняется синтез и метаболизм определённых активных веществ, что вызывает сокращение сосудов как локально, так и во всём организме, на этом фоне меняется проницаемость сосудистой стенки, компенсаторно происходит активизация системы свёртывания крови, что в свою очередь может привести к нарушениям регуляции артериального давления. В целом данный процесс является физиологическим, но при наличии определённых факторов риска нарушается равновесие между компенсаторными механизмами, обеспечивающими адаптацию организма к беременности, и физиологическими системами, контролирующими сосудистый тонус.
К факторам риска относят следующие заболевания

* врождённые аномалии почек;
* хронические заболевания почек (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит);
* бессимптомная бактериурия;
* сахарный диабет;
* неутонченная артериальная гипертензия до беременности;
* сосудистые заболевания, в т.ч. вегето-сосудистая дистония.

Факторы, не связанные с болезнями

* первая беременность;

* многоплодная беременность;
* избыточный вес.

Абсолютно другими формами, никоим образом не являющимися продолжением или следствием артериальной гипертонии беременных, являютя преэклампсия и эклампсия.

Прогрессирующая артериальная гипертензия беременных (преэклампсия) определяется всё тем же повышением артериального давления, а также появлением отёков, прибавкой в весе (более чем на 2 кг за неделю), появлением белка в суточной моче (поздний симптом); при тяжёлой форме - повышением уровня печёночных ферментов и креатинина в крови, уменьшением выделения мочи. Может появиться сильная головная боль, боли в животе. Преэклампсия осложняет течение около 7% беременностей. Беременная должна быть особенно внимательной к своему состоянию здоровья если

* это первая беременность;
* многоплодная беременность;
* в семье встречались случаи преэклампсии;
* возраст меньше 25 лет и больше 35 лет;
* есть избыточный вес или ожирение;
* возраст отца будущего ребёнка более 35 лет.

А также если беременная страдает следующими заболеваниями

* сахарный диабет;
* системные заболевания (системная волчанка, саркоидоз, ревматоидный артрит);
* хронические заболевания почек;
* заболевания сердца, в т.ч. врождённые пороки сердца;
* хроническая анемия;
* неуточнённая артериальная гипертензия до беременности.

Преэклампсия может переходить в эклампсию.

Неконтролируемая артериальная гипертензия (эклампсия). При эклампсии на фоне повышенного артериального давления возникают судорожные припадки, которые раннее не отмечались. Чаще эклампсия развивается после 30-35 недель беременности. Частота возникновения этого заболевания составляет 1 случай на тысячу родов. Судорожный синдром в 50% случаев развиваются во время беременности, в послеродовом периоде - в 28% случаев. Современные исследования дают основание предположить, что в 30-40% случаев развитие судорожного синдрома при эклампсии предупредить невозможно, несмотря на четкое выполнение современных стандартов лечения, поэтому наилучший способ ведения беременных с эклампсией - это её профилактика.
Сахарный диабет и беременность

Сахарный диабет - это заболевание, характеризующееся абсолютным или относительным недостатком инсулина в организме, нарушением всех видов обмена

веществ, патологическими изменениями в различных органах и тканях. Углеводный обмен в организме будущей матери при физиологической беременности изменяется в соответствии с нарастающими потребностями растущего плода в энергетическом материале, главным образом в глюкозе.
В группу риска по развитию нарушений углеводного обмена входят беременные в следующих случаях

* абдоминальный тип ожирения (распределение жира в основном в области живота);
* наличие больных диабетом в семье (наследственный фактор);
* рождение детей с массой тела выше 4,5 кг;
* самопроизвольные выкидыши в анамнезе;
* выделение сахара в моче (глюкозурия).

Течение беременности при сахарном диабете сопровождается рядом особенностей, которые чаще всего являются следствием сосудистых осложнений у матери и зависят от формы заболевания и степени компенсации нарушений углеводного обмена. К наиболее частым осложнениям относят самопроизвольное прерывание беременности, поздние токсикозы, многоводие, воспалительные заболевание мочевыводящих путей. При этом у новорожденных чаще всего наблюдаются пороки развития сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, пороки костно-мышечной системы.

Планирование беременности при сахарном диабете. Беременность при сахарном диабете можно планировать только при полной компенсации данного заболевания (уровень глюкозы в крови натощак - 3,5-5,5 ммоль/л, спустя 1 часа после еды - менее 7,8 ммоль/л), при отсутствии выраженных поздних осложнений данного заболевания (тяжелые формы диабетической ретинопатии (изменения со стороны сетчатки), полинейропатии (изменения со стороны периферической нервной системы), нефропатии (диабетическое поражение почек).

Все беременные и планирующие беременность с сахарным диабетом обязательно переводятся только на человеческий инсулин и находятся под постоянным наблюдением у эндокринолога.
Болезни почек и беременность

Гломерулонефрит - воспаление почечных клубочков, сопровождающееся нарушениями кровообращения в почках, задержкой в организме воды и соли, артериальной гипертензией. Наиболее частой причиной заболевания является стрептококковая инфекция (ангина, пневмония, инфекционные поражения кожи), реже туберкулез, малярия, сифилис, гепатиты. Заболевание также может быть спровоцировано ядом пчел, аллергией на пыльцу растений, лекарственными препаратами. Возникновению гломерулонефрита и переходу его в хроническую форму способствуют охлаждение, чрезмерное потребление соли, хроническая инфекция (хронический тонзиллит, кариес зубов, аднексит, гепатит, туберкулез). Частота возникновения острого гломерулонефрита среди беременных женщин составляет 0,1-0,2 %.

Планирование беременности при гломерулонефрите. Беременность следует

планировать спустя год после перенесённого острого гломерулонефрита или обострения хронической формы заболевания. До беременности следует добиться полной нормализации артериального давления, устранения отёков и восстановления функции почек.
Для оценки активности нефрита используется диагностический минимуму обследования

* клинический анализ крови;
* биохимический анализ крови;
* иммунологический анализ крови (С-реактивный белок, комплемент, иммуноглобулины A, M, G);
* коагулограмма (оценка свёртывающей системы крови);
* общий анализ мочи;
* анализ мочи по Нечипоренко;
* УЗИ почек;
* ЭКГ.

При планировании беременности после перенесенного гломерулонефрита необходимо осознавать, что на протяжении всей беременности потребуется постоянный контроль за функцией почек и, возможно, после 20 недели беременности возникнет необходимость в частой госпитализации.

Хронический пиелонефрит. Известно, что беременность не только предрасполагает к обострению хронического пиелонефрита, которым страдала женщина до наступления беременности, но и способствует возникновению гестационного пиелонефрита - острого инфекционного процесса, который впервые возник во время настоящей беременности. По данным разных авторов частота этой патологии составляет от 3-10 до 12-20 %. Отдельно необходимо отметить бессимптомную бактериурию, которая встречается у 10 % беременных. Это так называемая доклиническая стадия пиелонефрита, когда клинические проявления отсутствуют, а в моче выявляются микроорганизмы - потенциальные возбудители инфекционного процесса.
При планировании беременности на фоне хронического пиелонефрита необходимо провести следующие обследования

* клинический анализ крови;
* биохимический анализ крови;
* общий анализ мочи;
* анализ мочи по Нечипоренко;
* бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам;
* иммунологический анализ крови: с-реактивный белок, комплемент, иммуноглобулины A, M, G);
* УЗИ почек и мочевого пузыря.

Мочекаменная болезнь. Мочекаменная болезнь встречается у 0,2-0,8 % беременных. Симптоматика мочекаменной болезни сводится к появлению почечной колики во время отхождения камней с мочой. Камни вызывают травмирование слизистой оболочки

мочевыводящих путей и появление крови в моче. Боль носит резкий, приступообразный характер, ощущается в области поясницы и по ходу мочеточника. Течение мочекаменной болезни у беременных характеризуется более частыми приступами почечной колики, что связано с расширением и уменьшением тонуса лоханок и мочеточников (особенность, характерная для беременности), а это, в свою очередь, предрасполагает к движению конкрементов в нижележащие отделы. Болевой синдром менее выражен, кровь в моче встречается редко. Спонтанное отхождение камней происходит преимущественно до 34 недели беременности; в последующем отхождение камней отмечается реже вследствие сдавливания мочеточников увеличенной маткой.

По сути, сама мочекаменная болезнь не осложняет течение беременности и не влияет на развитие плода. Однако на фоне нарушенной уродинамики (нарушение оттока мочи) при мочекаменной болезни может развиваться пиелонефрит, что приводит, как правило, к значительному возрастанию риска развития самопроизвольного аборта или преждевременных родов. Следовательно, своевременная диагностика и лечение мочекаменной болезни служит профилактикой развития указанных осложнений беременности.
Болезни сердечно-сосудистой системы и беременность

Развитие беременности значительно увеличивает нагрузку на сердечно-сосудистую систему женщины. При беременности происходит увеличение массы тела, возрастает объем крови, растущая матка оттесняет диафрагму вверх, в результате чего изменяется положение сердца. Кроме того, в организме происходят выраженные гормональные изменения. Все это требует от сердечно-сосудистой системы значительной перестройки вследствие возрастающей нагрузки на нее по мере увеличения срока беременности. Во время родов сердечно-сосудистая система находится в состоянии перенапряжения, особенно во втором периоде родов (во время потуг). Повышенные требования предъявляются к ней и во время послеродового периода, когда после быстрого опорожнения матки происходит перераспределение крови.

Пороки сердца. 80% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных составляют ревматические пороки. Ведение таких беременных санкционирует терапевт. Акушер-гинеколог, кардиолог и терапевт решают совместно вопрос о возможности сохранения беременности. Декомпенсация ревматического порока чаще наблюдается в первые 12 недель беременности, на 28-32 недели беременности и особенно часто после родов. При декомпенсированном пороке сердца во время беременности наиболее часто может развиваться поздний токсикоз и гипоксия (кислородное голодание) плода, преждевременное прерывание беременности. Основной задачей терапевта / кардиолога при этом является оценка тяжести и компенсации порока сердца.
С этой целью проводятся следующие инструментальные и клинико-лабораторные исследования

* клинический анализ крови;
* биохимический анализ крови;
* коагулограмма (оценка свёртывающей системы крови);
* электрокардиография;

* эхокардиография.

Прогноз исхода беременности у женщин с ревматическими пороками зависит от активности ревматического процесса, степени выраженности сердечной недостаточности, образа жизни и поведения самой женщины.

Гипотония (снижение давление) беременных. Артериальное давление снижается у каждой десятой беременной женщи-ны. Ведущую роль в происхождении гипотонии иг-рает изменение гормонального фона, который влияет на работу всех орга-нов и систем организма. Если у женщины до беременности было невысо-кое давление, то на фоне беременнос-ти возможны его периодические по-нижения (менее чем 90/60 мм рт. ст.). В ответ на физиологичное изменение работы серд-ца во время беременности сосуды матери рефлекторно расслабляют-ся, в результате этого при нормально протекающей беременности в I и II триме-страх артериальное давление может снижа-ться, а к концу беременности возвра-щаться к исходным цифрам. В тяжелых случаях при гипотонии организм беременной женщины хуже снабжается кровью, а ребенок получает меньше кислорода. При этом может возникнуть опас-ность выкидыша или преждевремен-ных родов. Поэтому женщины, у которых до беременности наблюдалась гипотония, должны особенно тща-тельно следить за своим давлением и при резком его снижении немедленно обращаться к врачу.
Возможные осложнения во время беременности при пониженном давлении (гипотонии)

* самопроизвольный аборт;
* преждевременные роды;
* хроническая нехватка кислорода у плода, ведущая к гипотрофии плода;
* нарушения плацентарного кровообращения;
* ослабление родовой деятельности;
* увеличение риска послеродовой инфекции.

Профилактические меры

* употребление пищи богатой белком, крепкого чая (особенно зелёного);
* отсутствие ограничения в употреблении соли (если нет отёков);
* полноценный отдых: не менее 10 часов ночного сна; 1-2 часовой отдых днем;
* лечебная физкультура;
* бассейн;
* циркулярный душ;
* кислородсодержащие коктейли.

Женщине, которая хочет родить здорового ребенка, необходимо учи-тывать особенности своего организма еще до зачатия. Гипотония ни в коей мере не может быть противопоказа-нием для беременности и благопо-лучных родов в том слу-чае, если еще до наступления бере-менности будущая мама пройдет не-обходимые обследования и консультации у специалистов.

Таким образом, ключевая роль терапевта в планировании и ведении беременности

заключается, прежде всего, в том, чтобы провести первичную диагностику и коррекцию выявленных нарушений у пациентов с целью предупреждения возможных осложнений во время беременности, как для мамы, так и для будущего ребёнка.