

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

БЕЛОВА Г.В.

**Доцент кафедры поликлинической терапии и
эндокринологии ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава РФ,
К.М.Н.**

Анемия и беременность

- У беременных различают **анемию, развившуюся до беременности, и анемию (ряд анемических состояний), диагностируемую в период гестации, осложняющую её течение, но обычно исчезающую после родов или прерывания беременности**
- **Во второй половине беременности анемия диагностируется в 40 раз чаще, чем в первые недели**
- **Основное значение имеет оценка тяжести анемии, так как от этого и зависит лечение**

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЖДА У БЕРЕМЕННЫХ

- Уменьшение железа в пище - вегетарианство, анорексия
- Хронические заболевания с кровопотерей, особенно ЖКТ
- Носовые кровотечения (тромбоцитопатии, тромбоцитарная пурпура)
- Обильные менструации, эндометриоз, миома матки
- Многочисленные роды, выкидыши, кровотечения
- Осложненное течение настоящей беременности

■ **Осложненное течение настоящей беременности, способствующее развитию ЖДА:**

- **МНОГОВОДИЕ**
- **ранний токсикоз**
- **возраст младше 17**
- **первородящих старше 30 лет**
- **артериальная гипотония**
- **обострение хронических инфекций во время беременности**
- **гестоз (преэклампсия)**
- **предлежание плаценты**
- **преждевременная отслойка плаценты**

ПАТОГЕНЕЗ АНЕМИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- Повышенное потребление железа при развитии плода
- При раннем токсикозе уменьшается всасывание в ЖКТ железа, магния и фосфора, необходимых для кроветворения
- При латентных инфекциях и сопутствующей патологии у беременных увеличивается продукция провоспалительных цитокинов, которые в свою очередь угнетают продукцию эритропоэтина и эритропоэз

КРИТЕРИИ ЖДА У БЕРЕМЕННЫХ (ВОЗ)

- Гемоглобин
 - Эритроциты
 - ЦП
 - Гематокрит
 - Сывороточное железо
 - Ферритин
- 110 г/л и ниже
 - Менее $3,5 \times 10^{12}$ г/л
 - Ниже 0,85
 - Ниже 0,33
 - Ниже 12,5 мкмоль/л
 - 12 мкл и менее

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЖДА

- Невынашивание
- Гестоз (преэклампсия)
- Хроническая гипоксия плода
- Аномалия родовой деятельности

ЛЕЧЕНИЕ ЖДА

- Антианемическая диета
- **Сдержанная тактика назначения препаратов железа (50 – 100 мг элементарного железа - средние дозы)**
- Длительное лечение антианемическими препаратами
- При истинном ЖД и развитии ЖДА в 1-й половине беременности – лечить пероральными препаратами железа в обычной дозировке 2 – 3 месяца, при выраженной анемии – 4 месяца и более. После 2 – 3 месяцев лечения доза уменьшается в 2 раза

ЛЕЧЕНИЕ ЖДА

- Подъем ретикулоцитов на 8-12 день - адекватно подобранная доза препарата
- Нормализация показателей красной крови наступает через 5-8 недель (общее состояние улучшается раньше)
- Добиваться полной нормализации Hb не стоит: достаточно 100 – 110 г/л при удовлетворительном самочувствии
- Поддерживающая терапия (2 – 3 таб/неделю) около 3 месяцев
- Парантеральное введение - по строгим показаниям

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА

- Тардиферон – ретард (сульфат железа – Fe^{2+} 80мг, мукопротеоза, аскорбиновая кислота) 1 – 2 таб./сут.
- Сорбифер дурулес (сульфат железа – Fe^{2+} 100мг, аскорбиновая кислота) 1 – 2 таб./сут.
- Ферроградумет (сульфат железа – Fe^{2+} 105мг) 1 – 2 таб./сут.
- Ферретаб комп (фумарат железа – Fe^{2+} 50мг, фолиевая кислота) 1 – 3 капс./сут.
- Хеферол (фумарат железа – Fe^{2+} 115мг) 1 – 4 капс./сут.
- Мальтофер (гидроксид железа полимальтозат – Fe^{3+} 100мг) 1 – 3 таб./сут.

**При планировании беременности
необходимо достижение максимальных
индивидуальных показателей и
восстановление депо
(а не 120г/л!)**

**В период беременности ориентир – 100-110
г/л Сомнительна тактика назначения
железа всем беременным на протяжении
всей беременности
(в том числе в виде пищевых добавок)**

ПРОФИЛАКТИКА ЖДА У БЕРЕМЕННЫХ

Требуется женщинам с **ВЫСОКИМ РИСКОМ** развития анемии:

- Прежде болевшим анемией
- Имеющим хронические заболевания печени и почек
- Многорожавшим
- Беременным с уровнем Hb в I триместре менее 120 г/л
- Беременным с многоводием
- Беременным с гестозом (преэклампсией)
- Женщинам с длительной гиперполименореей

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 3 декабря 2007 года N 736
Об утверждении перечня медицинских
показаний для искусственного
прерывания беременности
(с изменениями на 27 декабря 2011 года)

ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

(приказ № 736 от 03.12.2007)

- **Апластическая анемия (тяжелая форма).**
После 20 недель вопрос о сохранении беременности решается индивидуально консилиумом врачей
- **Гемолитические анемии:**
 - острые гемолитические кризы
 - тяжелое рецидивирующее течение

Артериальная гипертензия и беременность

- Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее распространенных форм патологии у беременных. В России АГ встречается у **5-30% беременных**, и на протяжении последних десятилетий отмечается тенденция к увеличению этого показателя
- По данным ВОЗ **в структуре материнской смертности** доля АГ составляет **20-30%**, ежегодно во всем мире более 50 000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ

ПРИЧИНЫ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

- **Усиление обменных процессов, направленное на обеспечение жизнедеятельности плода**
- **Увеличение ОЦК**
- **Появление дополнительной плацентарной системы кровообращения**
- **Постепенное нарастание массы тела**
- **Увеличение размеров матки и ограничение подвижности диафрагмы**
- **Повышение внутрибрюшного давления**
- **Изменение положения сердца в грудной клетке**
- **Увеличение содержания в крови эстрагенов, прогестерона, простагландинов E**

РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО

**Диагностика и лечение сердечно-
сосудистых заболеваний при
беременности**

Российские рекомендации

Москва 2013

**Российский кардиологический журнал 2013; 4 (102),
приложение 1**

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

- САД \geq 140 мм рт.ст. и/или ДАД \geq 90 мм рт.ст.
- Необходимо подтвердить повышение уровня АД, как минимум, **двумя измерениями с интервалом не менее четырех часов**

КЛАССИФИКАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Выделяют четыре основные формы АГ:

- АГ, имевшаяся до беременности (гипертоническая болезнь или симптоматическая АГ)
- Гестационная АГ
- АГ, имевшаяся до беременности и сочетающаяся с гестационной гипертензией и протеинурией
- Неклассифицируемая АГ

Критерии АГ, имевшейся до беременности

- АД \geq 140/90 мм рт.ст. до беременности или в первые 20 нед. гестации
- АГ не исчезает после родов
- У женщин с не диагностированной АГ может быть нормотония в начале беременности вследствие физиологического АД снижения в первом триместре

Гестационная артериальная гипертензия

- Индуцирована беременностью, проявляется повышением АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. с 20 недели
- После родов в течение 12 недель АД возвращается к нормальному уровню
- Если спустя 12 недель после родов сохраняется АГ, то следует думать о симптоматической АГ или ГБ.
- Осложняет ~ 6% беременностей
- В случае присоединения к АГ протеинурии развивается преэклампсия.

АГ, имевшаяся до беременности, в сочетании с гестационной АГ и протеинурией

- Когда АГ, имевшаяся до беременности, характеризуется дальнейшим ростом АД и появлением протеинурии ≥ 3 г/сут после 20 нед. гестации,
- Частота отеков при нормальном течении беременности достигает 60%
- В настоящее время отеки не являются критерием диагностики преэклампсии

Неклассифицируемая артериальная гипертония

- Если АД впервые измеряют после 20 недель беременности и выявляют АГ (сопровождающуюся или не сопровождающуюся системными проявлениями), то ее расценивают как неклассифицируемую. В таких случаях необходимо продолжать контроль АД в течение 42 дней после родов и в более поздние сроки

После выявления АГ у беременной следует **обследовать** пациентку **с целью**:

- уточнения этиологии гипертензивного синдрома, исключения симптоматических АГ
- определения тяжести гипертензии
- выявления сопутствующих органических нарушений, включая состояние органов-мишеней, плаценты и плода
- тщательно собранный анамнез в первом триместре позволяет получить важную информацию о течении хронической АГ, выявить дополнительные факторы риска и симптомы, характерные для вторичных форм АГ

- **Беременной с АГ необходимо измерить вес, рост, и вычислить индекс массы тела**
- **Провести полное физикальное обследование по органам и системам**
- **Провести лабораторно-инструментальные обследования**

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С АГ

- ОАК, ОАМ, биохимия с оценкой уровня гликемии, липидного обмена, функции печени и почек, определение МАУ, коагулограмма, ЭКГ, Эхо-КГ, суточное мониторирование АД, исследование сосудов глазного дна

По показаниям выполняют:

- УЗИ сосудов, почек, надпочечников, почечных артерий для подтверждения или исключения вторичных АГ;
- исследование мочи по Зимницкому и Нечипоренко, посев мочи, определение скорости клубочковой фильтрации.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С АГ

- В срок до 12 недель для уточнения генеза АГ и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности
- В 26-30 недель (в период максимальной гемодинамической нагрузки) - для нередко необходимой в этот срок коррекции схемы антигипертензивной терапии
- За 2-3 недели до родов для определения тактики ведения родов и проведения предродовой подготовки

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С АГ

- Некорректируемая в амбулаторных условиях АГ
- Гипертонические кризы
- Повышение САД до 160 мм рт ст и выше и/или ДАД до 110 мм рт ст и выше
- Усугубление гипертензионного синдрома, особенно, в I половине беременности
- Выявление протеинурии
- Появление генерализованных отеков
- Выявление изменений в лабораторных анализах (тромбоцитопения, повышение печеночных ферментов, билирубина, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, снижение общего белка и альбумина)
- Выявление задержки развития плода

ПРАВИЛА ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ

- **Гипотензивная терапия не должна оказывать существенного влияния на физиологическое течение беременности и родов**
- **Гипотензивные препараты должны быть безопасными для эмбриона и плода**
- **Учитывать индивидуальную реакцию на препарат**
- **Принимать во внимание влияние препарата на основные показатели гемодинамики**
- **Снижать АД постепенно, плавно, не стремиться полностью нормализовать его в тех случаях, когда оно повышено длительно и стабильно**

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Для лечения АГ в период беременности используют 3 группы препаратов:

- – препараты центрального действия (метилдопа от 0,5 до 3,0 г/сут. в 2–3 приема)
- – антагонисты кальция дигидропиридинового ряда (нифедипин длительного действия от 30 до 180 мг/сут.)
- – кардиоселективные β -адреноблокаторы (β -АБ) (метопролол сукцинат, бисопролол)

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

- Комбинированная терапия проводится при неэффективности монотерапии в максимальной дозе.
- Рациональной комбинацией является нифедипин длительного действия + β -АБ
- При неэффективности такой комбинации возможно присоединение гидрохлортиазида в малых дозах (6,5–25,0 мг/сут.)

Противопоказаны ингибиторы АПФ и БРА !

Критерии начала антигипертензивной терапии при различных вариантах АГ у беременных

- АГ, имевшаяся до беременности без ПОМ, АКС при АД $\geq 150/95$ мм рт.ст.
- АГ, имевшаяся до беременности с ПОМ, АКС при АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.
- Гестационной АГ при АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

(АД до $\geq 170/100$ мм рт с)

- Нитроглицерин 5–15 мг/ч в/в
- Нифедипин 10–30 мг per os, при необходимости в течение 45 мин повторно
- Метилдопа 0,25 мг, максимальная доза 2г в течение сут

ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

(приказ № 736 от 03.12.2007)

Гипертоническая болезнь при следующих осложнениях во время беременности:

- гипертоническая болезнь II - III стадий**
- гипертоническая болезнь при отсутствии эффекта от адекватно проводимой терапии (адекватность гипотензивной терапии оценивается консилиумом)**

Инфекции мочевыводящих путей и беременность

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИМП У БЕРЕМЕННЫХ

- Бессимптомная бактериурия – 6%
- Острый цистит – 1-2%
- У 20-40% беременных с бессимптомной бактериурией развивается пиелонефрит (чаще II и III триместры)
- Хронический пиелонефрит – 1-2,5%
(у 10-30% беременных отмечаются рецидивы)

ПАТОГЕНЕЗ ИМП У БЕРЕМЕННЫХ

- Механическое сдавление мочевых путей
- Снижение тонуса мочеточника и мочевого пузыря
- Увеличение рН мочи, глюкозурия
- Иммуносупрессия

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ИМП

- **Скрининговое обследование беременных на бактериурию при первом посещении врача**
- **Если результат отрицательный, то при отсутствии факторов риска и симптоматики ИМП дальнейших культуральных исследований не требуется**

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

- Клинический анализ мочи (по показаниям – 3-х стаканная проба)
- Анализ мочи по Нечипоренко
- Проба Зимницкого, проба Реберга
- Измерение суточного диуреза
- Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
- Определение степени бактериурии
- Расчет суточной потери белка
- Биохимическое исследование крови (общий белок и фракции, креатинин, мочевины, остаточный азот, холестерин, билирубин, электролиты)
- УЗИ почек

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (СТАЦИОНАР)

- Определение сывороточного железа, титра, антистрептолизина и антигиалуронидазы, щелочной фосфатазы крови и мочи, ОЦК, КЩС и др.
- Цистоскопия и катетеризация мочеточников (для восстановления пассажа мочи)
- Экскреторная урография
- Динамическая сцинтиграфия в послеродовом периоде

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ИМП У БЕРЕМЕННЫХ

- Анемия
- Артериальная гипертензия
- Преждевременные роды
- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Рождение детей с низкой массой тела (<2500 г)
- Перинатальная смертность возрастает в 3 раза

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Острый пиелонефрит
- Обострение хронического пиелонефрита
- Срок 22-28 недель беременности у женщин с хроническим пиелонефритом
- Возникновение осложнений беременности (гестоз, гипоксия или гипотрофия плода)

Беременные госпитализируются в специализированный стационар (урологический) или ОПБ роддома.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- Восстановление пассажа мочи
- Питьевой режим с применением кислого питья (клюквенный морс)
- Антибактериальная терапия
- Дезинтоксикационная и инфузионная терапия (в стационаре)
- Витаминотерапия (вит. В1, В2, В6, С, РР и др.)
- Растительные уросептики (почечный чай, отвары листьев толокнянки, брусничного листа)

РИСК ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

- **СУЛЬФАНИЛАМИДЫ** – ядерная желтуха, гемолитическая анемия у новорожденных
- **ТРИМЕТОПРИМ** – нарушение иннервации
- **НИТРОФУРАНЫ** – гемолитическая анемия (дефицит глюкозо – 6 фосфатдегидрогеназы)
- **АМИНОГЛИКОЗИДЫ** – нефротоксическое, ототоксическое действие
- **ХИНОЛОНЫ/ФТОРХИНОЛОНЫ** – артропатии
- **НИТРОКСОЛИН** – периферические полиневриты, атрофия зрительного нерва

АНТИБИОТИКИ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИМП У БЕРЕМЕННЫХ

- Аминопенициллины
- Цефалоспорины
- Аминогликозиды

ВОЗМОЖНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ИМП У БЕРЕМЕННЫХ

- Длительный курс (7-10 дней)
- Короткий курс (3 дня)
- Однократный прием

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- Госпитализация
- Общие анализы крови и мочи
- Бактериологическое исследование мочи
- Контроль выделительной функции почек
- Мониторинг жизненно важных функций
- Парентеральное назначение антибиотиков
- Супрессивная терапия
- Культуральное исследование мочи каждые 2 недели до родов

ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ МПС

(приказ № 736 от 03.12.2007)

- **Острый гломерулонефрит**

- **Любая форма хронического гломерулонефрита в стадии обострения:**
 - 1) **нефротический синдром;**
 - 2) **артериальная гипертензия, резистентная к адекватной антигипертензивной терапии;**
 - 3) **нарушение функции почек (креатинин крови ≥ 200 мкмоль/л)**

ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ МПС

(приказ № 736 от 03.12.2007)

- **Хроническая почечная недостаточность любой этиологии:**
 - уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл);
 - прогрессирующее нарастание креатинина сыворотки крови в любой срок беременности
- **Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии):**
 - при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе

Сахарный диабет и беременность

- **Распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) в разных стран составляет 1% - 14%**
- **Исследование проведенное в 2000–2006 г., показало:**
 - **неблагоприятные исходы беременности** возрастали, **начиная с более низкого уровня гликемии**, чем принятого в настоящее время критерия ГСД
 - **ГСД увеличивает частоту нежелательных исходов** беременности для матери и плода
 - **ГСД – фактор риска** развития ожирения, СД 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний **у матери и новорожденного в будущем**
 - **Беременность – состояние физиологической инсулинорезистентности**, поэтому является фактором риска нарушения углеводного обмена
 - **требуется четкие критерии стандартов диагностики и лечения нарушений углеводного обмена во время беременности**

- В течение 2010–2011 гг. ряд стран (США, Япония, Германия, Израиль и др.) приняты новые критерии ГСД
- Экспертами Российской ассоциации эндокринологов и экспертами Российской ассоциации акушеров-гинекологов создан **«Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» (2012)**

КЛАССИФИКАЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

- ПРЕГЕСТАЦИОННЫЙ СД – сахарный диабет, существовавший у женщины до беременности (СД 1 типа, СД 2 типа, другие типы СД)
- ГЕСТАЦИОННЫЙ СД (ГСД) – это гипергликемия, впервые выявленная во время беременности, но не соответствующая критериям «манифестного» СД
- МАНИФЕСТНЫЙ СД – сахарный диабет впервые выявленный во время беременности

ДИАГНОСТИКА ГСД

ГСД при первичном обращении	
Глюкоза венозной плазмы	ммоль/л
Натошак	$\geq 5,1$, но $< 7,0$
При проведении ПГТТ (75 гр глюкозы)	
Через 1 час	$\geq 10,0$
Через 2 часа	$\geq 8,5$

- Исследуется **только** уровень глюкозы **в венозной плазме**
- **Использование** проб цельной **капиллярной** крови **не рекомендуется**
- На любом сроке беременности **достаточно одного аномального значения** уровня глюкозы венозной плазмы **для диагноза ГСД**

МАНИФЕСТНЫЙ СД

Глюкоза венозной плазмы	ммоль/л
Натощак	$\geq 7,0$
HbA1c	$\geq 6,5\%$
Глюкоза венозной плазмы вне зависимости от времени суток и приема пищи при наличии симптомов гипергликемии	$\geq 11,1$

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БЕРЕМЕННЫХ

- При первом обращении беременной к врачу любой специальности на сроке до 24 недель всем женщинам в обязательном порядке проводится одно из следующих исследований:
 - глюкоза венозной плазмы натощак
 - HbA1c
 - глюкоза венозной плазмы в любое время дня вне зависимости от приема пищи
- Если результат соответствует манифестному СД, то женщина направляется к эндокринологу

ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА ГСД

- ожирение (исходный, до беременности, ИМТ $\geq 30,0$ кг/м²)
- СД 2 типа у ближайших родственников
- любые нарушения углеводного обмена в анамнезе (ГСД в предыдущую беременность, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушенная гликемия натощак)
- глюкозурия
- достаточно **одного из признаков**, чтобы отнести женщину к **группе высокого риска**

проводится ПГТТ с 75 г глюкозы, даже если глюкоза венозной плазмы натощак $< 5,1$ ммоль/л

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С СД

- Строгий контроль гликемии и поддержание стойкой компенсации углеводного обмена
- Мониторинг диабетических осложнений
- Профилактика и лечение акушерских осложнений
- Наблюдение за состоянием плода

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

■ Прегестационный СД

- 3 плановых госпитализации (ранние сроки, 21-24 неделя, 32 неделя)
- При ухудшении течения диабета и по акушерским показаниям

■ Гестационный, манифестный СД

- При первом выявлении ГСД
- При ухудшении течения диабета и по акушерским показаниям

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

- Соблюдение адекватной диеты
- Инсулинотерапия
- Ежедневный самоконтроль гликемии (7 раз/сут)
- Контроль HbA1c каждый триместр ($\leq 6,0\%$)
- Наблюдение окулиста — осмотр глазного дна 1 раз в триместр
- Наблюдение гинеколога, эндокринолога (диабетолога)
- При каждом посещении измерение веса, АД, ОАМ, альбуминурии
 - до 34 нед беременности — каждые 2 нед;
 - после 34 нед — еженедельно

**Таблетированные сахароснижающие препараты
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ !**

ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО И МАНИФЕСТНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

- Диетотерапия
 - Дозированные физические нагрузки
 - Инсулинотерапия
- при невозможности поддержания целевой гликемии в течении 1-2 недель с помощью только диетотерапии
- выявление признаков макросомии плода, диспропорция плода при УЗИ-диагностике
- Регулярный самоконтроль гликемии (гликемия натощак 3,5 — 5,5 ммоль/л; гликемия после еды 5,0 — 7,8 ммоль/л)
 - Контроль HbA1c каждый триместр (<6,5%)
- Таблетированные сахароснижающие препараты ПРОТИВОПОКАЗАНЫ !**

ТАКТИКА ПОСЛЕ РОДОВ ПРИ ГСД

- Реклассификация состояния углеводного обмена женщины через 6 нед. после родов, при необходимости – проведение ПГТТ
- При нормальных показателях гликемии – повторные обследования 1 раз в год
- Следующая беременность должна планироваться

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ВРАЧА ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С СД:

- **Все женщины детородного возраста, больные СД или имеющие факторы риска развития этого заболевания, должны состоять на учете**
- **Широко применять (пропагандировать) методы контрацепции у женщин, больных СД**
- **Индивидуально решать вопрос о возможности планирования или сохранения беременности после обследования эндокринологом, окулистом, терапевтом, акушер-гинекологом**

ПОКАЗАНИЯ К ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

(приказ № 736 от 03.12.2007)

- **Сахарный диабет с тяжелой нефропатией**
Клиренс креатинина менее 90 мл/мин.,
суточной протеинурией 3,0 г. и более,
креатинином крови более 120 мкмоль/л,
артериальной гипертонией
- **Сахарный диабет после трансплантации почки**
- **Сахарный диабет с прогрессирующей
пролиферативной ретинопатией**

Для ответа на вопросы тестового контроля
пройдите по ссылке:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdQaxOhUMCEGqrJvDJm1meTNIuaNoz9vU5wzm1HQIpck5o7TQ/viewform?usp=sf_link