**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

* 1. Начало беременности – 16 недель. В эти сроки наиболее часто происходит обострение ревмокардита
  2. 26-32 недели. Максимальные гемодинамические нагрузки, увеличение ОЦК, минутного объема сердца, снижение гемоглобина
  3. 35 недель-начало родов. Увеличение массы тела, затруднение легочного кровообращения из-за высокого стояния дна матки, снижение функции диафрагмы
  4. Начало родов-рождение плода. Увеличение АД, систолического и минутного объема сердца
  5. 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

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

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

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.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.

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).

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)

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.

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**

Акушерские и общие осложнения пиелонефрита у беременных.

* угроза прерывания беременности
* самопроизвольный аборт
* преждевременные роды
* поздний токсикоз
* ОПН
* септицемия и септикопиемия
* бактериальный шок

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

Показания для кесарева сечения:

* полное предлежание плаценты
* узкий таз
* поперечное положение плода.

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

* 1. 24-29 недель
  2. 32-34 недели
  3. 39-40 недель
  4. 2-5 день после родов
  5. 10-12 дни после родов

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, 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.

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.

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

1. Нефротическая форма:

-протеинурия до 30-40 г/л

-гипопротеинемия до 40-50 г/л

-отеки

-гиперхолестеринемия

1. Гипертоническая форма:

-высокое АД

-незначительная гематурия, цилиндрурия

-расширение левой границы сердца

-изменения на глазном дне

1. Смешанная (отечно-гипертоническая) форма

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

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**

Осложнения беременности при патологии щитовидной железы у женщин.

* выкидыши
* токсикозы
* мертворождения
* аномалии развития плода

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.

Диагностические критерии гиперфункции щитовидной железы у беременных.

* 1. увеличение щитовидной железы
  2. частый пульс во время сна
  3. тахикардия, превышающая функционально допустимую у беременных
  4. экзофтальм
  5. аномальное снижение массы тела
  6. значительное повышение уровня тироксина в плазме крови

Лечение гипертиреоза у беременных.

1. **Легкая степень:**

-дийодтирозин по 0.05 2 раза в день

-экстракт валерианы

-витаминотерапия

-отмена дийодтирозина за 2-3 недели до родов

1. **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 месяц, 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

Осложнения беременности у женщин с гипофункцией щитовидной железы.

* тяжелые гестозы, эклампсия
* антенатальная гибель плода
* глубокие аномалии развития плода
* упорная слабость родовой деятельнояти

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

* 1. вялость, сонливость, снижение памяти, сухость кожи, выпадение волос, ломкость ногтей, упорные запоры, зябкость, боли в мышцах, кровоточивость десен, разрушение зубов.
  2. бледность кожи, отечность, замедленная речь, медлительность движений, хриплый голос, ЧСС –52-60 в минуту. Снижение уровня ТТГ при низком или нормальном уровне тиреоидных гормонов

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 месяц, 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
         1. 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

**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
     1. Транзиторный диабет беременных. Признаки сахарного диабета существуют только во время беременности, исчезают после родов. Эта форма составляет 50% от всех случаев диабета беременных.
     2. Латентный (субклинический) диабет. Диагноз устанавливается по измененной пробе на толерантность к глюкозе.
     3. 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. Дети появляются на свет в состоянии глубокой гипогликемической комы 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)

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

* 1. Легкая степень:
     + дийодтирозин по 0.05 2 раза в день
     + экстракт валерианы
     + витаминотерапия
     + -отмена дийодтирозина за 2-3 недели до родов
  2. 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 месяц, 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