



КГБ ПОУ «РМК»

Лекция №6 Проведение диагностики экстрагенитальных заболеваний у беременных

Преподаватель: Пидрейко Е.А.

Экстрагенитальная патология (ЭГП)

многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.


Частота ЭГП у бер-х:

- Пороки сердца – 4%
- ГБ – 5,5%
- Заболевания почек – 3-20%
- Сахарный диабет – 1-2 %
- Остальные заболевания – 2%

Воздействие бер-ти на заболевание:

- Течение основного заболевания улучшается – редко.
- Течение заболевания без изменения – немного чаще.
- Течение основного заболевания ухудшается (98%):
 - Впервые манифестирует заболевание,
 - Если было лёгкое течение, то утяжеляется,
 - Если было компенсированное, то наступает декомпенсация.
- Волнообразное течение – СД.

Воздействие заболевания на беременность:

- Невынашивание.
- Гестозы. (особенно при заболеваниях ССС).
- Дородовое излитие околоплодных вод.
- Аномалии родовой деятельности.
- Кровотечения во время бер-ти, в родах, послеродовом периоде.
- Снижение иммунитета  ГСИ.
- Высокая частота КС при ЭГП.
- Резко возрастает перинатальная смертность и осложнения со стороны плода (гипоксия, ЗВУР и др.)

Задачи ж/к при ЭГП:

1. **Прегравидарная подготовка женщины** – санация очагов хр. инфекции, добиться стойкой ремиссии при хр. заб-х.
2. **Тщательное наблюдение** за бер-ной с ЭГП.
3. **Ранняя постановка на учет, диспансеризация** беременных с ЭГП.
4. Наблюдение за беременной совместно с узким специалистом (кардиолог, терапевт, эндокринолог, окулист и др.).
5. Обоснованное **комплексное лечение**.
6. Улучшение труда и быта беременных, отказ от вредных привычек, алкоголя, наркотиков.

7. **Плановая 3-х кратная госпитализация:**

- **1-ая госпитализация** – как можно раньше: для уточнения тяжести заб-ния и решения вопроса о возможности вынашивания бер-ти.
- **2-ая госпитализация – 28-32 недели**, т.к. самая колоссальная нагрузка на все органы и системы беременной (проводится лечение, и решается вопрос о возможности дальнейшего пролонгирования бер-ти).
- **3-я госпитализация – за 1,5-2 недели до родов:** для полного обследования и подготовки к родам, а также решается вопрос о времени и методе родоразрешения.

8. **Экстренная госпитализация:**

- При утяжелении ЭГП, или обострении заболевания.
- При акушерской патологии госпитализируют в акушерский стационар.

9. Передача женщины с ЭГП по этапу – из ж/к в род/дом, и наоборот после родов – из род/дома в ж/к, а также терапевту или узкому специалисту.

Особенности родов при ЭГП:

1. Лучше **естественное родоразрешение** даже при СС патологии.
2. **Планирование родов** (индуцированные роды).
3. Роды у **квалифицированного** врача при всех развернутых службах, для устранения осложнений.
4. **Максимальное обезболивание** в родах.
5. **Ранняя амниотомия** – особенно при ГБ, что приводит к снижению АД, и улучшению родовой деятельности.

Пороки сердца.

Наиболее часто у беременных встречаются:
приобретенные пороки сердца ревматического происхождения,

- реже врожденные пороки или состояния после операции на сердце.

Степени риска для пролонгирования беременности:

I степень риска – заб-ние протекает без выраженной клиники и ревматического процесса. Вынашивание бер-ти не противопоказано. Обязательно 3-х кратная госпитализация.

II степень риска – заб-ние протекает с клиникой: одышка, отеки, начальные симптомы активации ревматизма или без активации. Бер-ть разрешают, но с осторожностью. В родах исключить потуги, т.е. провести кесарево сечение (раньше акушерские щипцы).

III степень риска – декомпенсация по правому кругу. Бер-сть противопоказана, производят прерывание на любом сроке.

IV степень риска – тотальная декомпенсация сердечной деятельности, активный ревматический процесс. Бер-сть противопоказана и производят прерывание на любом сроке.

Беременность и гипертоническая болезнь.

- Артериальную гипертензию диагностируют, если:
 - систолическое АД составляет 140 мм.рт.ст. и более,
 - диастолическое – 90 мм.рт.ст. и более
 - у лиц, не принимающих гипертензивные препараты.

Течение ГБ у беременных:

1. Волнообразное (чаще):
 - 1-й триместр – нормализуется.
 - 2-й триместр – гипотония.
 - 3-й триместр – гипертензия.
2. Впервые манифестирует ГБ.
3. Плохо поддается лечению.
4. Сопровождается гипертоническими кризами.
5. Развитие осложнений – кровоизлияния и инсульты.

Влияние ГБ на беременность:

1. Частое наслоение гестоза (сочетанный гестоз), что осложняется отслойкой плаценты.
2. ПОНРП.
3. Невынашивание.
4. Аномалии родовой деятельности.
5. Первичная ФПН.
6. Гибель плода (в любом периоде).
7. Гипотрофия плода (ЗВУР).

Степень риска вынашивания беременности при ГБ:

1-ая степень (минимальный риск) – есть повышение АД, но нет клинических проявлений. Вынашивание бер-ти разрешается. Осложнения со стороны плода и матери минимальные.

2-ая степень (средний риск) – бер-ть нежелательно, но если женщина отказывается от прерывания, то пролонгируем. Проводится 3-х кратная плановая госпитализация, а при ухудшении состояния госпитализация.

- **3-я степень** (тяжелый риск) – беременность противопоказана.

Осложнения:

- Инсульт на фоне гипертонического криза.
- Повышается риск акушерских осложнений:
 - ФПН,
 - ПОНРП,
 - Сочетанный гестоз.

Показания к прерыванию беременности в любом сроке:

1. Стабильное высокое АД.
2. Постоянное повышение АД (всё выше и выше).
3. Почечная гипертензия (почечная недостаточность).
4. ОНМК.
5. Гипертонические кризы.
6. Изменения со стороны ССС.
7. Тяжелый гестоз на фоне ГБ.






Беременность и патология почек.

- Пиелонефрит (чаще)
- МКБ.
- Гломерулонефрит.

При пиелонефрите беременных очень высокая инфицированность плода, часто клиника не соответствует патологоанатомическим изменениям.

У беременных не бывает тяжелых форм заболевания.

Влияние беременности на мочевыделительную систему:

- Бер-ть может вызвать ретенционный пиелонефрит во 2-м триместре: матка и головка плода сдавливают мочеточники  нарушается отток мочи,

развитие инфекции.
- Чаще пиелонефрит правой почки, т.к. правая яичниковая вена может сдавливать мочеточник.
- Гипотонус мышечных каркасов  перегиб мочеточников  рефлюкс мочи  развитие инфекции.

Степени риска вынашивания:

- 1-я степень риска** – неосложненный пиелонефрит. Беременность разрешена.
- 2-я степень риска** – хр. пиелонефрит, который возник до беременности (прегравидарная подготовка, т.е. добиться стойкой ремиссии и можно вынашивать).
- 3-я степень риска** – пиелонефрит, который сопровождается почечной недостаточностью или пиелонефрит единственной почки. Беременность противопоказана.

Диагностика пиелонефрита:

1. Анамнез.

2. Жалобы:

- Внезапное начало, повышение температуры тела, озноб, симптомы интоксикации.
- Боли в поясничной области на стороне поражения с иррадиацией в верхнюю половину живота, по ходу мочеточника, в паховую область, бедро, половые губы.

3. Лабораторная диагностика:

- Моча – лейкоцитурия, бактериурия, иногда бессимптомная бактериурия и пиурия.

4. УЗИ.

Степени риска вынашивания при гломерулонефрите:

- 1-я степень риска** – латентная форма гломерулонефрита (маскируется под гестоз) – благоприятно для матери и плода.
- 2-я степень риска** – нефротическая форма гломерулонефрита, осторожное вынашивание при тщательном наблюдении специалистов.
- 3-я степень риска** – гипертоническая или смешанная форма гломерулонефрита – беременность противопоказана.

Язвенная болезнь и беременность.

- Бер-сть оказывает положительное влияние на ЯБ – в 80% наступает улучшение.
- Заболевание не влияет на исход беременности.

Особенности течения ЯБ:

- Обострение чаще в 1-м триместре (15-20%) или за 2-3 недели до родов, или в раннем послеродовом периоде.
- Нет сезонности обострения.
- Особенности перфорации язвы в послеродовом периоде:
 - Нет кинжальной боли,
 - Нет симптомов напряжения мышц из-за перерастянутой брюшной стенки.

Холецистит и беременность.

Беременность – фактор
риска образования хр.
холецистита.

Гиперэстрогемия

холеста_з

воспале_ние.

Влияние холецистита на бер-ть:

- Токсикоз.
- ЖДА у каждой 3-й беременной.
- Гестоз – 60%.
- Холестатический гепатоз – 7%.

Гепатиты и беременность.

Влияние гепатита А на беременность:

- Самопроизвольный выкидыш.
- Не является пр/показанием к КС.
- Роды вести как преждевременные.
- Более высокий риск послеродовой инфекции.
- Во 2-й половине беременности течение более тяжелое чем в 1-й.

Профилактика:

- Избегать контакта с больным гепатитом А.
- Иммуноглобулин 0,02 мл/кг женщине и н/р от больной матери.

Вирусный гепатит А – самоизлечивающаяся инфекция, для лечения применяют диету и лечебно-охранительный режим.

Вирусный гепатит В

ДНК-вирус, поражает преимущественно клетки печени. Большая опасность для женщины и плода.

Пути заражения:

- Искусственный – переливания крови.
- Естественный – половой и контактно-бытовой.
- Вертикальный – трансплацентарный.

Неблагоприятное влияние на беременность:

- Досрочное прерывание беременности, которое в свою очередь усугубляет течение гепатита.
- Ранний гестоз.
- Поздний гестоз.
- Акушерские кровотечения.
- Послеродовые септические заболевания.

Вирусный гепатит С

- РНК – вирус.
- Механизм передачи парентеральный.
- Тяжелых форм нет.
- 80% - хронизация процесса.

Вирусный гепатит E

- Путь передачи – фекально-оральный.
- Очень тяжелое течение у беременных – 20% летальный исход, особенно если заражение произошло во 2-й половине беременности.
- Особенно быстро симптомы развиваются при прерывании бер-сти.

Диабет беременных (гестационный диабет) - нарушение углеводного обмена, впервые возникающий во время беременности. Частота от 6 до 12 %.

Диагностика:

- Уровень глюкозы на тощак.
- Тест толерантности к глюкозе.

Факторы риска:

- Избыток массы тела.
- Наследственность.
- ОАА (маловесные, крупноплодные, антенатальная смерть).
- Наличие глюкозурии во время предыдущей бер-сти.

СД I типа и беременность.

Отягощают течение друг друга:

1. Бер-сть усугубляет нарушение микроциркуляции, что приводит к нарастанию частоты фето- и ретинопатий.
2. Возрастает риск кетоацидоза.

По сроку бер-ти:

1. 1-е недели без изменений или улучшение;
2. 2-я половина бер-ти (примерно с 18 нед) – появляются диабетические жалобы, глюкозурия. Это требует увеличения дозы инсулина.
3. Последние недели бер-ти: снижение уровня контринсулиновых гормонов. Доза инсулина снижается незначительно.

Влияние СД на бер-ть:

- Прерывание бер-ти – 30%.
- Гестозы – 50%.
- Воспалительные заболевания МВП – 20%.
- Антенатальная гибель плода.

Осложнения родов:

- Раннее излитие околоплодных вод,
- Слабость родовой деятельности.

Осложнения беременности при диабете:

Со стороны матери:

- Кетоацидоз.
- АГ.
- Многоводие.
- Преждевременные роды.
- Повышение частоты КС.

Со стороны плода:

- Макросомии.
- Повышение перинатальной смертности.
- Морфофункциональная незрелость.
- Пороки развития.

Планирование бер-ти при СД:

Цель - коррекция углеводного обмена.

- Сахар крови не более 4-8 ммоль/л.
- Адекватные дозы инсулина (не сульфаниламидный).
- Здоровый образ жизни.

Госпитализация при СД:

в эндокринологическое или акушерское отделение.

1-я госпитализация

в максимально ранние сроки – в 4-6 недель бер-ти.

Полное клиническое обследование:

1. Почки (выделительная и концентрационная функции, кислотность мочи).
2. Окулист – глазное дно.
3. Уровень сахара крови.
4. Школа диабетиков.
5. Консультация генетика.
6. Решение вопроса о возможности вынашивания бер-ти.

Противопоказания к бер-ти при СД:

1. СД с склонностью к кетоацидозу.
2. СД с пролиферативной ангиопатией, АГ, азотемией, креатининемией.
3. СД+ активный туберкулез.
4. СД + резусиммунизация.
5. Повторная гибель детей – беременность вести с коррекцией.

2-я госпитализация в 12-14 недель бер-ти.

Цель – УЗИ - диагностика, коррекция сахара.

3-я госпитализация в 18-22 недели.

Цель – коррекция доз инсулина, диагностика осложнений диабета и беременности (ФПН, гестоз, многоводие, кандидоз).

4-я госпитализация в 30-34 недели.

Цель – коррекция инсулина, профилактика преждевременных родов, профилактика дистресс-синдрома у плода, выбор места, срока и метода родоразрешения.

Благодарю за внимание!!!

- с/р – составление ситуационной задачи с эталоном ответа

