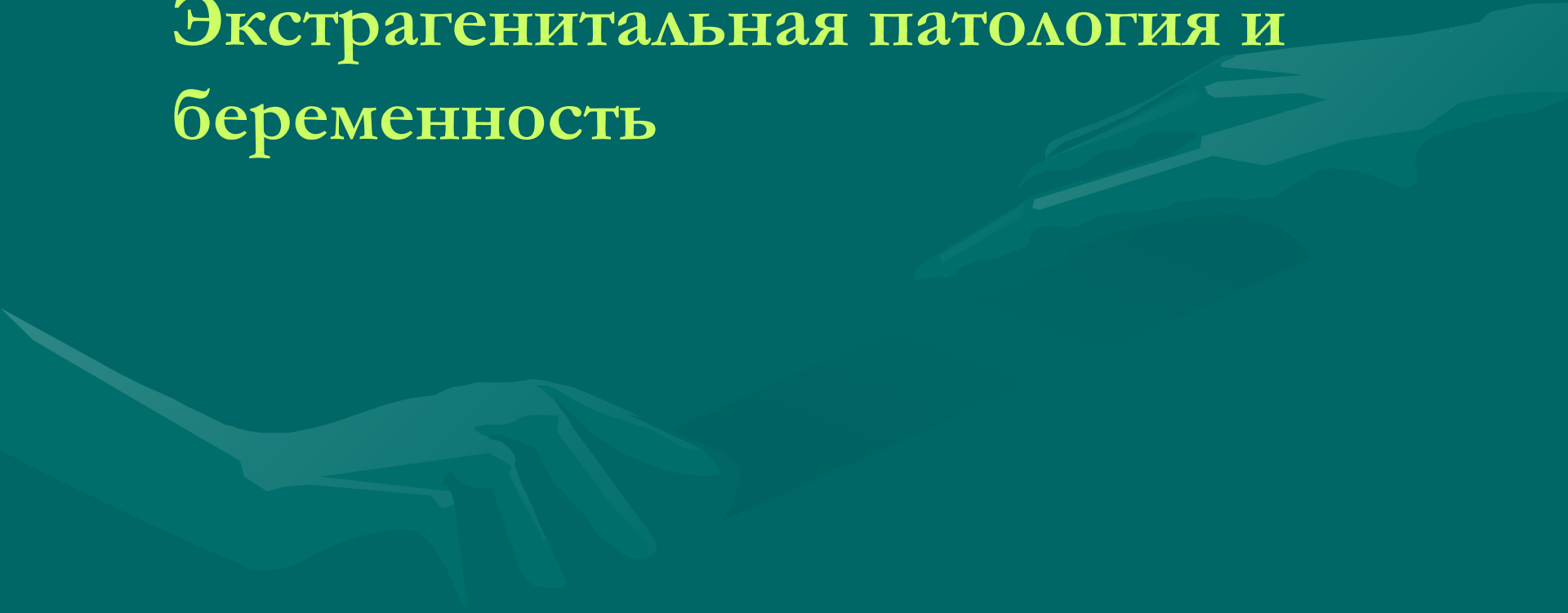


Экстрагенитальная патология и беременность



- 80 % - заболевания ССС у беременных.
- Среди всех э/генитальных заболеваний с-м на 3, 4 месте. Наиболее часто сочетаются пороки сердца и беременность.
- 35 % женщин имеют противопоказания для прерывания беременности
- 2-3% из них соглашаются на прерывание беременности.

Течение беременности и родов при пороках сердца

Беременность, как правило осложняется:

- сочетанный гестоз (со 2 половины беременности)
- хронический ДВС-синдром
- как следствие ДВС – плацентарная недостаточность и гипоксия плода
- синдром ЗВУР плода
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- невынашивание беременности

Роды через естественные родовые пути:

- Аномалии родовой деятельности (быстрые стремительные роды)
- Прогрессирование тяжести гестоза (в 1 и 2 периоде родов)
- Гипоксия плода
- Недостаточность кровообращения, аритмия вплоть до отека легких (ухудшение состояния)
- УЖ – угрожающее кровотечение в 3 периоде родов и раннем послеродовом периоде

Ведение беременности:

не менее 3 госпитализаций

- в 1 триместре в кардиологическое отделение для точной диагностики (какой порок), вопрос вынашивания плода. Если вынашивать нельзя, то выскабливание полости матки.

- Во 2 триместре требуется профильное отделение (кардиологическое или кардиохирургическое или стационар многопрофильной больницы, либо акушерский стационар специализирующийся по кардиологической патологии).
- Цель: корригирующее лечение, профилактика осложнений при противопоказании к вынашиванию – прерывание беременности

- В 34-36 недель осуществляется госпитализация в акушерский стационар для решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

Тактика врача зависит не от вида порока, а зависит:

От наличия степени недостаточности кровообращения по Стражеско:

- НК 0 – нет признаков недостаточности
- НК 1 – одышка, сердцебиение после физической нагрузки
- НК 2 а – одышка, сердцебиение постоянно или после легкой физической нагрузки
- НК 2б – застойные явления в малом и большом кругах кровообращения
- НК 3 – необратимые (дистрофические) изменения во всех жизненно важных органах

Тактика врача зависит не от вида порока, а зависит:

От степени активности ревматического процесса по Нестерову

- А – активность
- А 0 – нет активности
- А 1, А 2, А 3 – степени активности ревматического процесса

Противопоказания к вынашиванию:

- Декомпенсированный порок (вне зависимости от того приобретенный и врожденный). Вынашивать можно, если НК 0, НК 1 (т.е НК при значительной физической нагрузке).
- Активность ревматического процесса А2, А3.
- Первые 2 года после атаки ревматизма
- Комбинированные многоклапанные пороки (например стеноз митрального и аортального клапанов)
- Оперированное сердце (имплантация искусственного клапана (аортальные, трикуспидальные), электрокардиостимуляторы, митральная комиссуротомия при стенозе митрального клапана, протезирование магистральных сосудов)

Вынашивание беременности

ВОЗМОЖНО:

- После митральной комассуротомии через 1-1,5 года при отличном хорошем результате операции – НК 0.
- В случае если беременность наступила ранее 6 месяцев желательно беременность прервать.

Ведение родов при пороках сердца – кесарево сечение.

Малое кесарево сечение, т.е до 28 недель.

Показания к кесареву сечению:

- активность ревматического процесса
- тяжелые пороки с левожелудочковой недостаточностью
- септический эндокардит
- НК 2б, НК 3 степени
- Острая сердечная недостаточность
- Высокая легочная гипертензия
- Акушерские показания (узкий таз, крупный плод, тазовое предлежание)
- Возможна хирургическая стерилизация с согласия женщины (НК 2б, НК 3, необратимые изменения)

Роды через естественные родовые пути:

- акушер-гинеколог + терапевт + анестезиолог + неонатолог + кардиохирург (если необходима экстренная комассуротомия)
- мониторинг за ССС у матери и плода или ЭКГ в динамике
- полусидячее положение (приподнятый головной конец)
- кардиальная терапия (сердечные гликозиды, спазмолитики, обезболивающие средства)
- глюкокортикостероиды, доза большая как во время беременности так и в послеродовом периоде и в родах
- простагландины (при первичной или вторичной слабости родовой деятельности)

Роды через естественные родовые пути:

- энзапрост (ПГ Ф 2 альфа), противопоказан при сердечных пороках, ПГ Е2 оказывают бронхолитический эффект при легочной гипертензии:
- кислород или роды в барокамере
- акушерские щипцы для выключения 2 периода родов:
- НК 1, А 1 – можно вынашивать беременность, т.е. недостаточность на физическую нагрузку, но в родах может прогрессировать НК до 2 степени – ухудшение состояния (сердечная недостаточность, аритмии) – продолжительность 2 периода более 40 минут – гипоксия плода

Митральный стеноз

- Нагрузка на правое сердце, правожелудочковая недостаточность, переполнение малого круга кровообращения (декомпенсируется быстрее) – наиболее неблагоприятный вид – в родах или кесаревом сечении чаще возникает отек легких (высокий риск).
- В связи с резким сокращением матки до 800 мл крови из сосудов матки (как бы выжимается). После извлечения ребенка – нагрузка на малый круг – перераспределение ударного объема на правое сердце – до 90% женщин погибает.
- При митральном стенозе можно выполнить митральную комиссуротомию (при стенозе 3-4 степени)