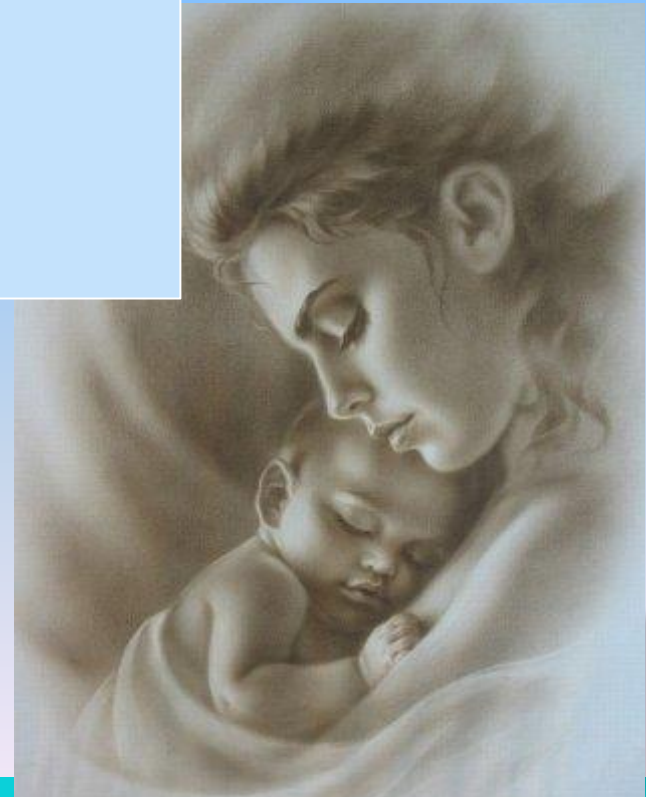


ГОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития

Кафедра акушерства и гинекологии

Экстрагенитальные заболевания и беременность

Доц. Попова Л. С.



План:



I - Введение

II - Сердечно - сосудистые заболевания и беременность;

III – Эндокринопатии и беременность;

IV – Заболевания почек и беременность;

V - Заключение.

Заболевания сердечно – сосудистой системы

- **ГИПЕРТЕНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**
- **ГИПОТОНИЯ БЕРЕМЕННЫХ**
- **ПОРОКИ СЕРДЦА**



Гипертоническая болезнь



Артериальное давление, **превышающее 140/90 мм. рт. ст.** свидетельствует о наличии артериальной гипертензии.

В I триместре у 1/3 больных АД снижается, что создает эффект мнимого благополучия. В дальнейшем АД стойко повышается и на этом фоне могут развиваться :

- Гестоз
- Плацентарная недостаточность
- Внутриутробная задержка развития плода
- Хроническая гипоксия
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Энцефалопатии

Существует 3 степени риска беременных с ГБ по М. М. Шехтману

- I степень соответствует I стадии ГБ, и беременность как правило заканчивается благоприятно.
- II степень - II стадии ГБ, и при адекватном лечении беременность может закончиться благополучно.
- III степень – III стадии ГБ и беременность – противопоказана.

Лечение



**Антагонисты ионов
кальция
дигидропиридинового
ряда**

Норвакс
Ломир
Форидон

• **Нефедипин-противопоказан!**

Спазмолитики

Дибазол
Папаверин
Но-шпа

Диуретики

Триамтерен (по 25-50 мг/сут)
Спиронолактон (по 25-50 мг/сут)

**Стимуляторы
адренэргических
рецепторов**

Клофелин 0,250-0,500 мг/сут
Метилдопа до 1500 мг/сут

Ганглиоблокаторы

Пентамин
Бензогексоний

Принципы терапии



- При **ГБ I** стадии проводят монотерапию.
- При **II** стадии – назначают комбинацию 2-х или 3-х гипотензивных препаратов.
- При развитии на фоне гипертонической болезни **гестоза** или **плацентарной недостаточности** назначают весь лечебный комплекс, применяемый при этих осложнениях.

Пороки сердца.



Прогноз беременности и родов женщин с приобретенными или врожденными пороками сердца определяется следующими факторами:

- ❑ Формой порока
- ❑ Степенью сердечной недостаточности и активностью ревматического процесса, послужившего причиной возникновения порока сердца.

Приобретенные ревматические пороки



Приобретенные пороки встречаются у 7-8 % беременных. Для прогнозирования исходов беременности и родов при такой патологии необходимо учитывать следующие факторы риска:

- Активность ревматического процесса;
- Форма и стадия развития порока;
- Компенсация или декомпенсация кровообращения;
- Степень легочной гипертензии;
- Нарушение сердечного ритма;
- Присоединение акушерской патологии.

Степень активности ревматического процесса

Необходимо уточнять степень активности ревматического порока, т. к. она определяет акушерскую тактику, служит критерием при решении вопроса о том сохранить или прервать беременность.

Во время беременности течение ревматического порока при обострении протекает волнообразно. Критические периоды соответствуют ранним срокам беременности - до 14 недель, 20-32 недели и послеродовому периоду.

Течение беременности



Течение беременности на фоне активного ревматического процесса весьма не благоприятно, поэтому рекомендуется ее прерывание в ранние сроки.

В поздние сроки беременности предпринимают досрочное родоразрешение, которое в основном проводится посредством кесарево сечения.

Митральный стеноз



- ❖ При митральном стенозе I степени –беременность может быть сохранена, в отсутствие обострения ревматического процесса, сердечной недостаточности и нарушении сердечного ритма .
- ❖ При митральном стенозе II-III степени беременность следует прервать в ранние сроки и рекомендовать в последующем митральную комиссуротомию.
- ❖ Если больная настаивает на пролонгировании беременности, то оно допустимо только на фоне стационарного лечения и обеспечения возможности выполнения операции на сердце во время беременности.



Недостаточность митрального клапана

Беременность и роды при этой патологии протекают без существенных осложнений. При чрезмерно выраженной митральной недостаточности с регургитацией крови и резкой гипертрофией левого желудочка беременность протекает тяжело и может осложниться левожелудочковой недостаточностью. **Сохранение беременности в таком случае нецелесообразно**

Комбинированный стеноз – является противопоказанием к беременности у больных с декомпенсацией сердечной деятельности.

Аортальный стеноз и аортальная недостаточность

- ❑ Беременность при аортальном стенозе возможно допустить только при отсутствии выраженных признаков гипертрофии левого желудочка и симптомов недостаточности кровообращения.
- ❑ Аортальная недостаточность- менее тяжелый порок при вынашивании беременности, однако возможно присоединение гестоза, что усугубляет течение данной патологии.
- ❑ У больных с аортальными пороками сердца беременность и роды через естественный родовые пути допустима только в стадии компенсации.

Классификация степени риска неблагоприятного исхода беременности у больных с пороками сердца

- **Степень I-беременность** при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса.
- **Степень II** – беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности(одышка, тахикардия), наличие признаков активной фазы ревматизма (степень A1 по Нестерову А.И.).
- **Степень III-беременность** при декомпенсированном пороке сердца с признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, наличие активной фазы ревматизма(A2), мерцательной аритмии, легочной гипертензии.
- **Степень IV-беременность** при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой недостаточности и мерцательной аритмии с тромбоэмболическими проявлениями легочной гипертензии.

Врожденные пороки



Еще не так давно беременность при врожденном пороке считали недопустимым фактом, но сейчас в связи с накопившимся опытом ведения таких больных можно полагать, что беременность допустима при оперированном открытом артериальном протоке, изолированном стенозе легочной артерии с небольшим сужением, коарктации аорты I степени и т. д.

Беременность недопустима при пороках с переходящим цианозом (у больных с высоко расположенным дефектом межжелудочковой перегородки), с коарктацией аорты II-III степени, тетрадой Фалло.

Беременность и оперированное сердце

- ❑ Все беременные с искусственными клапанами сердца при первом же обращении к акушеру –гинекологу должны быть госпитализированы. Первая госпитализация рекомендуется в ранние сроки (до 12 нед.) для оценки состояния беременной, выбора антикоагулянтов и установления их дозы.
- ❑ Повторную госпитализацию осуществляют на 26-28 недели беременности
- ❑ Третью госпитализацию рекомендуется провести на 36-37 недели беременности для подготовки к родам и заблаговременного решения о родоразрешении.

Родоразрешение беременных с пороками сердца.

В отсутствии сердечной недостаточности и при ее минимальных проявлениях родоразрешение проводят через естественные родовые пути с применением спазмолитических и обезболивающих средств

Кардиотоническую терапию и наложение акушерских щипцов применяют с ухудшением гемодинамических показателей.

Кесарево сечение производят по акушерским показаниям.





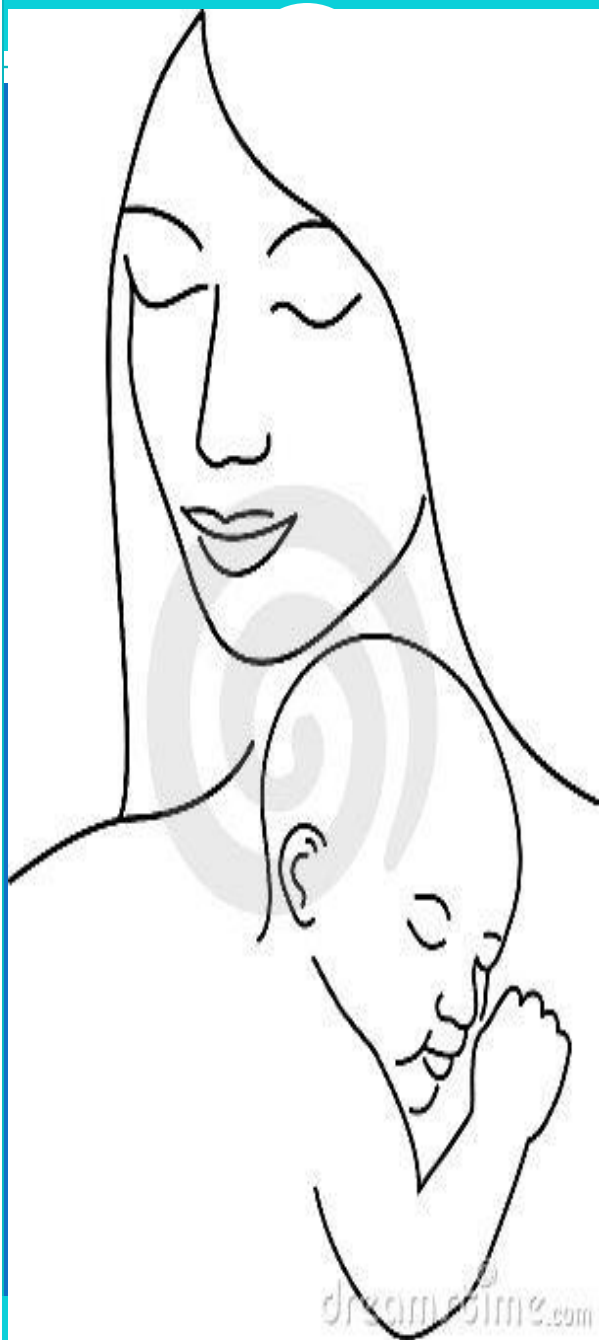
**ДО 36 НЕДЕЛЬ ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАНИЯМ:**

- ▣ ОТСУТСТВИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА ОТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИИ 12-14 ДНЕЙ
- ▣ НАРАСТАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЛИ ТРОМБОЭМБОЛИИ
- ▣ ОТСУТСТВИЕ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ ИЛИ ТРОМБОЭМБОЛИИ В ТЕЧЕНИИ 2 НЕДЕЛЬ
- ▣ АКТИВНЫЙ РЕВМАТИЗМ

Родоразрешение



- Роды в срок, иногда спонтанные, чаще после родовозбуждения в 37-38 нед. проводят в тех случаях когда в процессе предродовой подготовки удастся значительно улучшить гемодинамические показатели, приблизив их к таковым при I степени сердечной недостаточности.
- Родоразрешение через естественные родовые пути осуществляют относительно стабильных показателей гемодинамики. Подготовку проводят в течении 3-7 дней с использованием витаминно-энергетического комплекса с последующей амниотомией



В условиях гипербарической оксигенации (ГБО)

родоразрешение должны проводить у рожениц с приобретенными пороками и недостаточностью кровообращения в II-III стадии, сопровождающейся циркуляторной гипоксией: с врожденными пороками «синего» типа со смешанной формой гипоксии.

Эти больные не в состоянии перенести родоразрешение ни абдоминальным путем, ни через естественные родовые пути.

Показания к родоразрешению в условиях ГБО



- ❑ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО PO_2 ДО 70 ММ. РТ .СТ. И НИЖЕ
- ❑ СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОГО PO_2 НИЖЕ 40 ММ. РТ. СТ.;
- ❑ УВЕЛИЧЕНИЕ АРТЕРИЛЬНО-ВЕНОЗНОЙ РАЗНИЦЫ ПО КИСЛОРОДУ ДО 9 ОБ.% И БОЛЕЕ
- ❑ ПОЯВЛЕНИЕ ВЕНО-ВЕНОЗНОГО ГРАДИЕНТА
- ❑ УВЕЛИЧЕНИЕ МИНУТНОГО ОБЪЕМА ДЫХАНИЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 180 % ОТ ДОЛЖНОГО
- ❑ УМЕНЬШЕНИЕ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ И КОЭФФИЦИЕНТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИСЛОРОДА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50 % ОТ ВЕЛИЧИНЫ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ БЕРЕМЕННЫХ.

- **Особенностью ведения родов** у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является **раннее обезболивание** (с началом родовой деятельности) в начале первого периода родов когда преобладает эмоциональный компонент роженицы, показано применение транквилизаторов, антигистаминных препаратов и спазмолитиков.
- **В период раскрыти** маточного зева от 3 до 9 см. рекомендуется предоставить медикаментозный сон (**предион, натрия оксибутират в сочетании с наркотическими анальгетиками**)
- **В конце первого периода** можно проводить аутоанальгезию **закисью азота с кислородом** или **метоксифлюраном**(пентраном)

Особое место в ведении и обезболивании родов при заболеваниях сердца занимает **эпидуральная анестезия**, которая позволяет снизить частоту осложнений в родах.

Наиболее опасными для рожениц являются **второй и начало третьего периода** родов с чрезмерной нагрузкой на сердце в период изгнания и повышением артериального давления.

После рождения плода у роженицы резко снижается артериальное давление и наступает гиповолемия. В связи с этим во втором периоде родов для выключения потуг рекомендуется применять операцию наложения акушерских щипцов.

Третий период родов у рожениц с данной патологией необходимо вести наименее травматично. Избегать применения метода выжимания последа по Креде-Лазаревичу без хорошего обезбоживания, так как при этом рефлекторно может нарушиться ритм сердца

Кесарево сечение



При заболеваниях сердца кесарево сечение не является оптимальным методом родоразрешения, поскольку при этой операции создается значительная гемодинамическая нагрузка на сердце по сравнению с таковой при родоразрешении через естественные родовые пути, которая сохраняется в первые 4 дня послеоперационного периода.



Показаниями к кесареву сечению

являются:

- ❑ Комбинированная недостаточность аортального и митрального клапанов;
- ❑ Митральный стеноз II-III стадии;
- ❑ Клапанные протезы в отсутствии эффекта от лечения сердечной недостаточности;
- ❑ Артериальные тромбэмболии, перенесенные во время беременности;
- ❑ Бактериальный эндокардит;
- ❑ Паравульварная фистула;
- ❑ Неудовлетворительный эффект хирургической коррекции пороков сердца или возникающие после нее осложнения;
- ❑ Рестеноз, реканализация, травматическая недостаточность после комиссуротомии;
- ❑ Отек легких, во время беременности;
- ❑ Коарктация аорты, в том числе после опер. коррекции.

Сахарный диабет и беременность



Классификация:

- Инсулинозависимый СД I типа
- Инсулинонезависимый СД II типа
- Прегестационный СД I и II типа
- Гестационный СД

Гестационный сахарный диабет (ГСД) – это нарушение толерантности к глюкозе, возникающее во время беременности и обычно проходящее после родов.

Течение СД в I половине беременности



- ❑ У большинства протекает без осложнений.
- ❑ В первые недели улучшается толерантность к углеводам, т.к. эстрогены и ХГТ стимулируют выработку инсулина, усиливается периферическое усвоение глюкозы.
- ❑ Требуется снизить дозу инсулина

Течение СД во II половине беременности

- Ухудшается толерантность к углеводам, т.к. повышается деятельность контринсулярных гормонов (глюкагон, кортизол, пролактин, плацентарный лактоген)
- Повышается уровень гликемии и глюкозурии, возможен кетоацидоз
- Необходимо значительно увеличить дозу инсулина
- Частые осложнения в виде гестоза, многоводия, инфекции мочевыводящих путей, гипоксии плода и угрозы преждевременных родов.

К концу беременности в связи со снижением уровня контринсулярных гормонов вновь улучшается толерантность к углеводам. Дозу инсулина необходимо снова снизить.

Ведение беременности при СД



Основной принцип – стабильная компенсация СД.

Уровень глюкозы в крови :

- Натощак в пределах 3,3-4,4 ммоль/л
- Через 2 ч после еды – до 6,7 ммоль/л

Целесообразно провести 3 госпитализации в стационар.

- I госпитализация при сроке до 20 недель
- II госпитализация - 21-24 недели
- III госпитализация – после 32 недель

Строгое наблюдение за динамикой массы тела, АД, анализами мочи и крови.

В связи с повышением риска аномалий развития плода внедрена система мониторинга (УЗИ-, КТГ - контроль) с 12 недели беременности до родоразрешения.

Сроки родоразрешения при СД



Определяются с учетом следующих факторов:

- Тяжесть течения СД
- Степень компенсации
- Функциональное состояние плода
- Наличие акушерских осложнений

Т.к. при СД отмечается запоздалое созревание функциональных систем плода, то оптимальными являются **своевременные** роды.

Однако, срок **37-38 недель** также рассматривается как приемлемый для родоразрешения беременных с СД.

Методы родоразрешения при СД



- **Через естественные родовые пути.**

Необходимо проводить под постоянным КТГ – контролем и контролем уровня глюкозы в крови каждые 2 ч.

- **Оперативное родоразрешение с наложением акушерских щипцов.**

Показано при вторичной слабости родовой деятельности и гипоксии.

- **Кесарево сечение**

При появлении симптомов нарастающей гипоксии, неподготовленных родовых путей в отсутствие эффекта от родовозбуждения.

Показания для планового кесарева сечения у беременных с СД



Помимо общепринятых:

- ❖ Выраженные/прогрессирующие осложнения СД и беременности
- ❖ Тазовое предлежание
- ❖ Крупный плод
- ❖ Прогрессирующая гипоксия плода

Пиелонефрит беременных



- **Пиелонефрит**- это неспецифический инфекционно - воспалительный процесс, сопровождающийся поражением интерстициальной ткани почек, канальцев и стенок чашечно-лоханочной системы

Степени риска

- **I степень** -неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности
- **II степень** - хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности
- **III степень** - пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки

Этапы лечения острого пиелонефрита

- Восстановление нарушенного пассажа мочи под контролем УЗИ
- Позиционная терапия : больную укладывают на кровать с приподнятым ножным концом в положении на «здоровом» боку с приведенными к животу ногами, что способствует отклонению беременной матки и уменьшению давления на мочеточник
- Катетеризация почечных лоханок
- Чрезкожная пункционная нефропиелостомия
- Щадящие операции : декапсуляция почки, нефростомия

Медикаментозная терапия



- Антибиотики (ампициллин, оксациллин, цеפורин)
- Нитрофураны (фурагин)
- Химиопрепараты (5-НОК)
- Инфузионная терапия (лактосол)
- Спазмолитики (платифилин)
- Растительные мочегонные препараты
- Десенсебилизирующие преп-ты (супрастин,тавегил)
- Седативные препараты
- Витаминотерапия

Гломерулонефрит беременных



Гломерулонефрит – инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почки.

Клинические формы

- НЕФРОТИЧЕСКАЯ
- ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ
- СМЕШАННАЯ (ОТЕЧНО-ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ)
- ЛАТЕНТНАЯ

Комплексная терапия



- Диета
- Антикоагулянты (гепарин 15 000-20 000 ЕД/сут)
- Дезагреганты (трентал 0,2-0,3 г/сут, курантил 4-6 мг/сут)
- Ацетилсалициловая к-та (0,25-0,5 г/сут)
- Липостабил (2 капс 3 р в день)
- Эссециале-форте (2 капс 3 р в день)
- Витамин Е (100-150 мг/сут)
- Мочегонные фитосборы
- Физиотерапия

Назначение диеты при различных формах гломерулонефрита

● НЕФРОТИЧЕСКАЯ

Белок -2г/кг массы тела

Соль - до 5 г /сут

Жидкость –до 800 мл/сут

● СМЕШАННАЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ

Белок-до 1г /кг массы тела

Соль –до 5г/ сут

Жидкость –до 1л/сут

● ЛАТЕНТНАЯ

Ограничений в диете не устанавливают

Ведение беременности при гломерулонефрите

Сохранение беременности противопоказано при :

- Гипертонической форме
- Смешанной форме
- Азотемии
- Почечной недостаточности

При тяжелом течении гломерулонефрита
целесообразно преждевременное
родоразрешение

Ведение беременности при гломерулонефрите

Сохранение беременности противопоказано при :

- Гипертонической форме
- Смешанной форме
- Азотемии
- Почечной недостаточности

При тяжелом течении гломерулонефрита
целесообразно преждевременное
родоразрешение