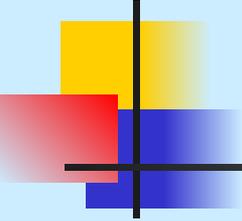
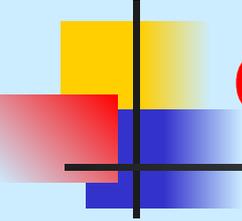


ТЕМА ЛЕКЦИИ:



Экстрагенитальные заболевания и беременность.

**Лектор: ассистент
Исмаилова Зухра Мизрбовна**

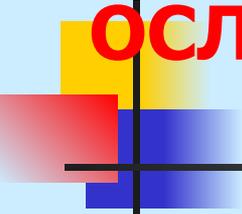


Основные ЭГЗ:

- **Заболевания ССС;**
- **Заболевания мочевыводящих путей;**
- **Анемии;**
- **Сахарный диабет;**
- **Заболевания органов дыхания;**
- **Заболевания щитовидной железы;**
- **Заболевания сосудов;**
- **Заболевания органов пищеварения.**

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

- В I стадии болезни беременность не противопоказана.
- Во II стадии фазе Б беременность рекомендуется прервать. (Однако при настойчивом желании больной родить ребенка беременность может быть сохранена, но женщина нуждается в систематическом наблюдении и лечении.)
- В III стадии заболевания беременность наблюдается редко, ее следует считать категорически противопоказанной.



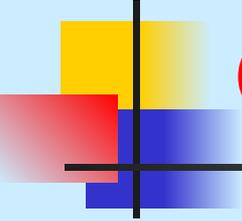
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГБ:

- 1. недонашивание;**
- 2. преэклампсия и эклампсия;**
- 3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;**
- 4. инсульт;**
- 5. нарушение в маточно-плацентарного кровообращения**
- 6. плацентарная недостаточность и дистресс плода,**
- 7. внутриутробная задержка плода;**
- 8. мертворождение**

Течение ГБ при беременности:

- ❖ АД повышается в первые 14 недель гестации;
- ❖ в середине беременности АД понижается (депрессорное влияние беременности);
- ❖ в III триместре АД опять повышается.

В случае обострения болезни артериальное давление значительно повышается в любом сроке беременности.



Осложнения родов при ГБ:

- ❖ **преэклампсия,**
- ❖ **эклампсия,**
- ❖ **повышенная кровопотеря в III периоде родов.**

Пренатальное обслуживание в центрах репродуктивного здоровья при ГБ.

- При первом же визите показана срочная консультация терапевта.

В дальнейшем:

- ◆ в I половине беременности женщина осматривается не реже I раза в месяц,
- ◆ во II половину - не реже 2 раз в месяц;
- ◆ консультирует окулист - 2-3 раза во время беременности;
при появлении осложнений – наблюдение чаще.
- ◆ консультации других специалистов проводятся по показаниям.

Показания и сроки госпитализации при ГБ

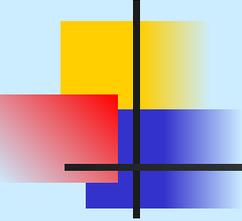
- При стадии **IIA** болезни беременную госпитализируют для решение вопроса о допустимости вынашивания беременности;
- Срочная госпитализация необходима при стадиях **IIБ** и **III** для прерывания беременности или назначения лечения, если женщина отказывается прерывать беременность;
- При **ухудшении** течения заболевания и неэффективности амбулаторного лечения (нарастание гипертензии, появление преэклампсии), при ухудшении состояния плода;
- **в 36 недель** гестации для обследования и подготовки к родам.

ВЫБОР МЕТОДА

РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГБ

У большинства женщин со стабильным течением ГБ беременность заканчивается самопроизвольными родами в срок.

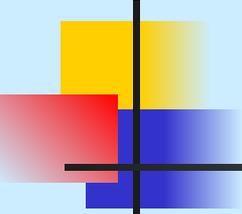
- **II период родов исключают акушерскими щипцами в случае:**
 - *а) гипертонического криза;*
 - *б) постоянно высокого или быстро нарастающего артериального давления;*
 - *в) нарушений мозгового кровообращения и гипертонической энцефалопатии;*
 - *г) дистресса плода.*



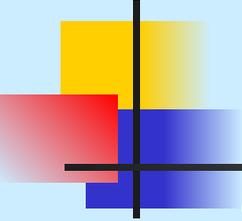
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

- врожденные пороки сердца;
- приобретенные (ревматические пороки) – встречаются в 6-10% случаев к общему числу родов и составляют более 80% от всех заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных;
- болезни миокарда: миокардит, миокардиодистрофия, миокардиосклероз.

ДВА ПИКА ОБОСТРЕНИЯ РЕВМАТИЗМА:

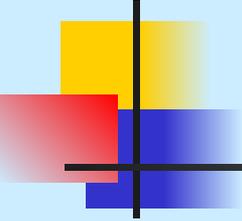
- 
-
- **I триместр** (ранняя иммуннодепрессия; продолжение латентного ревматизма, особенно на фоне угрожающего выкидыша. Характерным для этого срока в клинике обострения ревматизма является недостаточность кровообращения).
 - **послеродовой период** (на фоне истощения иммунных резервов, ослабления защитных механизмов при наличии раневой поверхности в матке площадью в 2 м. кв.)

Диагностика ревматизма

- 
- а) **анамнез** - ревматизм в анамнезе в прошлом, факторы, способствующие рецидивированию (переохлаждение, инфекция ЛОР-органов, переутомление и пр.). Начало последнего обострения;
- б) **ЭКГ - признаки**: у каждой второй женщины: синусовая тахикардия или брадикардия, нарушение предсердно-желудочковой проводимости (атриовентрикулярная блокада, экстрасистолы), мерцательная аритмия и нарушение коронарного кровотока.

У каждой беременной с ревматическим пороком сердца определяют:

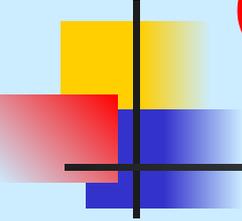
- фазу ревматического процесса (активный или неактивный);
- степень активности (3 степени активности);
- течение ревматизма (5 вариантов течения);
- клинико-анатомическую характеристику поражения сердца;
- состояние других органов и систем организма;
- функциональные характеристики кровообращения (стадии недостаточности кровообращения – чаще в 26-32 нед).



При решении вопроса о возможности вынашивания беременности при ревматическом пороке сердца учитывают:

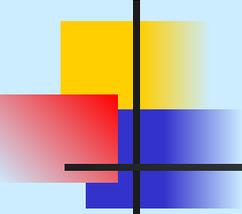
- 1) **активность ревматического процесса;**
- 2) **форму порока и его выраженность;**
- 3) **функциональное состояние сердца и стадию недостаточности кровообращения;**
- 4) **наличие аритмии;**
- 5) **состояние печени, почек, легких;**
- 6) **акушерскую патологию.**

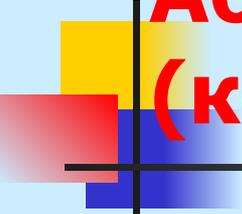
Беременность противопоказана (ревматизм)



- **активный процесс в 1 триместре;**
- **непрерывно рецидивирующий, острый и подострый ревматизм в любом сроке беременности;**
- **если после активизации ревматизма прошло менее года - (не сформировался еще порок...).**

Беременность противопоказана при:

- 
-
1. Любой форме поражения клапанов с явлениями недостаточности кровообращения;
 2. Комбинированном митральном пороке с преобладанием стеноза; при сочетании митрального стеноза с другими пороками сердца;
 3. Аортальном пороке с дилатацией левого желудка;
 4. Недостаточности трехстворчатого клапана;
 5. Мерцательной аритмии;
 6. Затяжном септическом эндокардите;
 7. Неэффективности операции и рестенозе после комиссуротомии;
 8. Протезе клапанов сердца;
 9. Инфаркте миокарда, стенокардии;
 10. Всех синих пороках;
 11. Пороках бледного типа с выраженной легочной гипертензией;
 12. Дефектах межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытом боталловом потоке и легочной гипертензии;
 13. Коарктации аорты;
 14. Стенозе легочной артерии с признаками гипертрофии и перегрузки правого сердца.
 15. Затяжном септическом эндокардите;
 16. Остром и подостром миокардите любой этиологии;
 17. Хроническом миокардите и недостаточности кровообращения;
 18. Миокардиодистрофии с аритмией.



Абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение) проводят при:

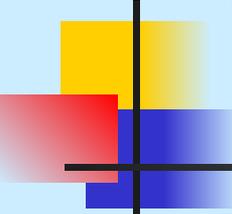
- а) сочетании ревматического порока с акушерской патологией, когда нельзя рассчитывать на быстрое бережное родоразрешение через естественные родовые пути;**
- б) сочетании врожденного порока сердца с акушерской патологией;**
- в) коарктации аорты, аневризме сосудов.**

При пороках сердца, сопровождающихся выраженной легочной гипертензией, операция кесарево сечение (если к операции отсутствуют акушерские показания) крайне нежелательна.

В послеродовом периоде у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями возможны

- **обострение ревматического процесса,**
- **прогрессирование сердечной недостаточности,**
- **тромбоэмболические осложнения,**
- **Нередко возникает субинволюция матки.**

Выписывать родильниц следует не ранее, чем через 2 недели после родов, даже при благополучном неосложненном течении послеродового периода. После выписки из родильного дома за родильницей должно быть организовано систематическое наблюдение акушера и терапевта, а также активный патронаж на дому.



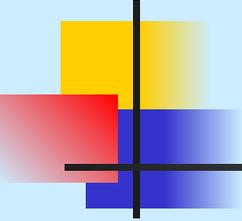
Диагностика диабета во время беременности.

В группу высокого риска сахарного диабета входят следующие женщины:

- а) диабет у близких родственников;**
- б) в анамнезе самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, врожденные уродства у плодов;**
- в) роды крупным плодом;**
- г) постоянная глюкозурия, гнойничковые заболевания, инфекционные поражения мочевых путей, дисфункция яичников.**

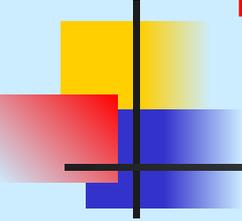
У женщины из группы риска необходимо провести тест толерантности к глюкозе до и после нагрузки с глюкозой (50г). Отклонением от нормы считают, если натощак (до пробы) уровень сахара был выше 5,83 ммоль/л, через 1 час - 7,78 ммоль/л или выше.

ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА:



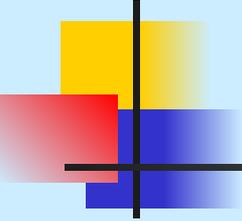
- в первой половине беременности и накануне родов уровень сахара в крови и моче у большинства больных резко повышается, нередко развивается кетоацидоз.
- Течение диабета у беременных трудно контролировать (в результате тошноты и рвоты может развиваться гипогликемическая кома).

ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТА НА БЕРЕМЕННОСТЬ.

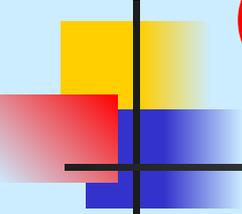


- **преэклампсии и эклампсии, с быстрым развитием, тяжелым течением и низкой эффективностью лечения;**
- **активируется инфекция мочевыводящих путей,**
- **макросомия плода,**
- **многоводие,**
- **гипотоническое кровотечение.**

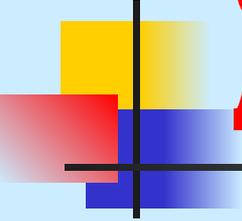
ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТА НА ПЛОД.

- 
-
- **Повышена перинатальная заболеваемость и смертность вследствие неправильного ведения беременности и родовой травмы (затрудненное выведение плечиков при макросомии);**
 - **в раннем неонатальном периоде у новорожденных нередко наблюдается гипогликемия и гипокальциемия;**
 - **повышается риск врожденных аномалий развития (дефекты нервной трубки).**

Беременность противопоказана (сахарный диабет)

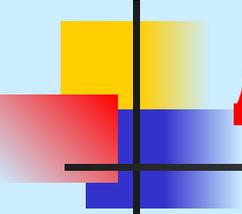


- а) тяжелой форме сахарного диабета с частым развитием кетоацидоза;**
- б) диабетическом гломерулосклерозе и/или ретинопатии;**
- в) сахарном диабете у обоих супругов;**
- г) инсулинрезистентной и лабильной формах диабета;**
- д) сочетании диабета с резус-сенсibilизацией;**
- е) сочетании диабета с активным туберкулезом; пороком сердца с нарушением кровообращения; с активным ревматизмом; гломерулонефритом.**



Наблюдение за течением беременности при сахарном диабете

- **Необходим строгий контроль за уровнем глюкозы с самых ранних сроков беременности.**
- **Концентрацию сахара в крови пациентке необходимо поддерживать на уровне, максимально приближенном к норме.**



Госпитализация при сахарном диабете:

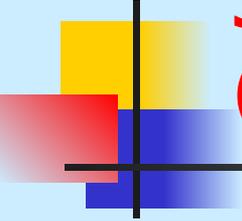
- **При первой госпитализации (I триместр)** проводят клиническое обследование для решения вопроса о допустимости вынашивания беременности.
- **Во время второй госпитализации (в 20 - 24 недели)** подбирают дозу инсулина, проводят лечение сопутствующей патологии.
- **Третья госпитализация показана в 34 - 36 недель** для уточнения доз инсулина, выбора срока и метода родоразрешения; для подготовки к родам; для оценки состояния плода выполняют исследование его биофизического профиля.

При решении вопроса об индуцировании родов (крупный плод, гипогликемия у матери, вследствие чего возможна гибель плода) руководствуются зрелостью плода, но не ранее 36-й недели гестации.

Методы родоразрешения при сахарном диабете:

1. **Родовозбуждение и роды через естественные родовые пути:** если плод не крупный и зрелая шейка матки.
2. **Кесарево сечение:**
 - а) тяжелых гипертензивных состояниях;
 - б) тазовом предлежании плода;
 - в) мертворождении в анамнезе;
 - г) у первородящей старше 28 лет;
 - д) тяжелом течении диабета;
 - е) крупном плоде и узком тазе;
 - ж) ретинопатии П-Ш степени.

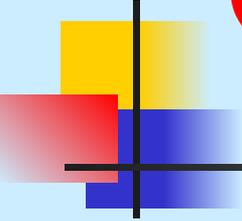
За 2-3 дня до операции необходимо определить адекватную дозу простого инсулина. Сразу после операции определяют уровень глюкозы крови, затем его определяют каждые 3-4 часа. При родоразрешении следует учесть возможность затрудненного выведения плечиков (при макросомии плода). Показано раннее пережатие пуповины.



Прогноз для матери и плода у женщин с заболеванием мочевыводящих путей (МВП) зависит от:

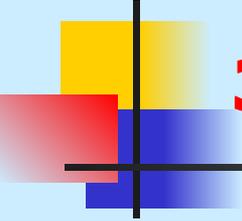
- **наличия гипертензии;**
- **от тяжести нарушения функции почек:**
 - **Уровень креатинина;**
 - **Уровня протеинурии**

Беременность противопоказана (при заболеваниях МВП):



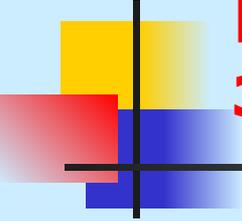
**с тяжелыми поражениями почек,
протекающими с:**

- гипертензией,**
- протеинурией**
- сниженным клиренсом
креатинина.**



Осложнения беременности при заболеваниях МВП:

- **гипертензия или преэклампсия и эклампсия;**
- **прогресирование поражения почек;**
- **задержка роста плода;**
- **недонашивание беременности (преждевременные роды).**



Пренатальное обслуживание в центрах репродуктивного здоровья при заболеваниях МВП:

- **Раннее выявление беременных с заболеваниями МВП, а также с бессимптомной бактериурией и протеинурией;**
- **Беременные с заболеваниями МВП находятся на спец. учете у терапевта ЦРЗ и участкового акушера, при необходимости - беременных консультируют с урологом и окулистом;**
- **Своевременная госпитализация;**
- **Обязательное наблюдение в послеродовом периоде.**

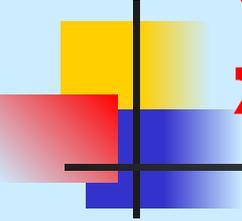
Госпитализация при заболеваниях МВП

плановая госпитализация:

- **в I триместре** для уточнения функционального состояния почек и решения вопроса о допустимости вынашивания беременности;
- **госпитализация - в 26-28 недель** в для проведения курса профилактики (антисептики, витамины, физиопроцедуры).

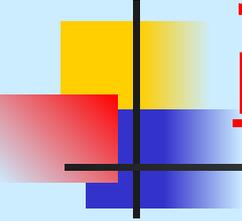
Срочная госпитализация:

- при обострении пиелонефрита;
- при преэклампсии и эклапсии;
- при признаках невынашивания;
- при задержке роста плода.



Осложнения беременности при железодефицитной анемии:

- **преэклампсия и эклампсия,**
- **преждевременная отслойка плаценты,**
- **недонашивание,**
- **задержка роста плода.**



НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННОЙ (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ)

- **нормальный уровень - 120 г/л и более;**
- **субнормальный уровень - 110 г/л;**
- **уровень ниже 110 г/л расценивают как анемию.**

Тактика ведения беременных с ЖДА:

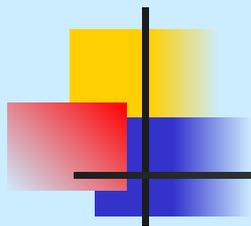
- Женщинам с субнормальным уровнем гемоглобина (110 г/л) назначают ферропрофилактику - ежедневный пероральный прием 100 мг препарата железа, 200 мг аскорбиновой и 1 мг фолиевой кислоты; профилактика продолжается до родов или до повышения уровня гемоглобина (120 г/л);

Терапия ЖДА:

- легкой степени (от 90 до 110 г/л): назначения выше указанных доз эритропоэтических препаратов дважды в день.
- среднетяжелой (уровень гемоглобина ниже 90 г/л) внутримышечные инъекции (феррум-лек, феркайл) предварительно рассчитав по прилагаемой к лекарству инструкции курсовую дозу+ гемопоэтические витамины (аскорбиновая и фолиевая кислоты).

При знакомстве с беременной с ЭГЗ перед врачом встают 3 вопроса:

1. **Каков материнский и перинатальный прогноз для беременности?**
2. **Какие возможны осложнения беременности и родов?**
3. **Какие основные правила следует выполнять при ведении беременной женщины с ЭГЗ?**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ