

***Беременность и  
экстрагенитальные  
заболевания***

# Существующие проблемы

- Приказом 572н МЗ РФ четко декларировано, что всем беременным на протяжении беременности , родов и послеродового периода оказывает помощь **лицензированный** специалист по тому заболеванию, которым страдает беременная
- Анемия- гематолог, Артериальная гипертензия, ВПС- кардиолог , заболевания почек и МВП- уролог, нефролог, СД- эндокринолог и т д.

•Акушер-гинеколог, ВОП, фельдшер СП и ФАПа должны знать патогенез осложнений беременности вызванных ЭГЗ и решить вопрос о своевременном направлении пациентки на консультацию к профильному специалисту, на госпитализацию в профильное отделение или акушерский стационар III уровня( многопрофильный).

•Задача акушера -гинеколога добиться от пациентки предгравидарной подготовки, выявить дискомфорт плода и своевременно родоразрешить в момент декомпенсации фето-плацентарной недостаточности, которая неизбежно возникает при наличии тяжелой и некомпенсированной ЭГП

• Вопрос, где должна оказываться помощь беременным с ЭГЗ остается не проясненным, так наблюдается низкий уровень подготовки профильных специалистов в отношении беременных, не подготовленность стационаров общего профиля к приему беременных.

• Эти задачи должны быть решены на организационном уровне.

• В настоящее время, наиболее приемлемым является госпитализация беременной в многопрофильный стационар с отделением патологии беременности, либо в федеральный специализированный центр.

- Важно помнить при оказании МП по ЭГЗ: организм беременной отличается от организма небеременной присутствием плода, которому важно не навредить. И есть достаточно простые схемы применения препаратов по триместрам: хорошо известно, что эти применять можно, а те — нет в силу побочного тератогенного или любого другого негативного влияния на организм беременной и плода

# Беременность и артериальная гипертензия

- Артериальная гипертензия ( АГ) при беременности повышение абсолютной величины АД до 140\90 мм рт ст и выше или подъем АД по сравнению с его значениями до беременности, либо исходным на 25 мм рт ст систолического АД, на 15 мм рт ст диастолического АД при 2 последовательных измерениях с интервалом не менее 4 часов.
- Пример: АД при постановке на учет по беременности в 8 недель 100\60 мм рт ст, измеренное АД 125\75 мм рт ст

# Классификация

- Существовавшая ранее АГ ( хроническая)- гипертензия, диагностированная до беременности или в течении первых 20 недель гестации и сохраняющаяся не менее 42 дней после родов
- Гестационная АГ- АГ зарегистрированная после 20 недели беременности у женщин с изначально нормальным АД

# Хроническая АГ

- Первичная АГ ( гипертоническая болезнь)
- Симптоматическая АГ
- 1) заболевания почек- хронический пиелонефрит, острый и хронический гломерулонефрит, поликистоз почки, стеноз сосудов почки, инфаркт почки, нефросклероз, диабетическая нефропатия, ретинопродуцирующие опухоли



2) эндокринопатии-гиперкортицизм, болезнь Иценко-Кушинга, первичный гиперальдостеронизм, врожденная гиперплазия коры надпочечников, феохромоцитома, гипертиреоз.

•3) психические и нейрогенные нарушения- психогенная АГ, гипоталамический синдром, семейная вегетативная дисфункция ( синдром Райли-Дея)

# Клиника

- Основной метод диагностики АД - измерение АД
- Характерные жалобы: головные боли, головокружение, повышенная утомляемость, боли в грудной клетке, нарушение зрения, шум в ушах, парестезии
- **НО!!!** у беременных с повышенным АД и характерными жалобами после 20 недели беременности в первую очередь нужно исключить ПРЕЭКЛАМПСИЮ

# Лабораторные и инструментальные методы

## обследования:

- ОАМ, суточная моча на белок, БАК, коагулограмма, ЭКГ
- Суточный самоконтроль АД с записью
- Консультация терапевта, окулиста, при симптоматической гипертензии: кардиолога, нефролога, эндокринолога
- Абсолютное показание к госпитализации в терапевтические отделения : повышение АД более чем на 30 мм рт ст от исходного и\или появление патологических симптомов со стороны ЦНС

• Показания для госпитализации в акушерский стационар- присоединение симптомов преэклампсии к раннее существующей АГ ( например: присоединение протеинурии более 0,3 г\л, отеков, ППВ)

• Показания для госпитализации в акушерский стационар- присоединение симптомов преэклампсии **после 20 недель** к раннее существующей АГ ( например: присоединение протеинурии более 0,3 г\л, отеков, ППВ)

# Немедикаментозное лечение

- Разумная физическая активность, избегать стрессовых ситуаций
- Сбалансированная диета богатая витаминами, магнием и другими микроэлементами с достаточным содержанием белка
- Полное исключение алкоголя и табакокурения
- Ограничение потребления холестерина, насыщенных жиров и углеводов при избыточной массе тела
- **Ограничение потребления жидкости и\или соли не рекомендуется !!!**

# Медикаментозная терапия

- Для базовой терапии АГ I-II ст препаратами выбора являются:
  - метилдопа ( допегит) — антагонист центральных  $\alpha_2$  адренорецепторов
  - метопролол- селективные и неселективные  $\beta$ -адреноблокаторы
  - нифедипин- блокаторы медленных кальциевых каналов

# При беременности противопоказаны

- Ингибиторы АПФ ( каптоприл, эналаприл)
- Антагонисты рецепторов ангиотензина II ( валсартан, лозартан, кандесартан, навитен, телмиста)
- Прямые ингибиторы ренина (алискирен, эналкирен)



# Тактика ведения

- Если АД хорошо контролируется, не отягощен акушерский анамнез, состояние плода удовлетворительное, беременность пролонгируют до доношенного срока, родоразрешение *per vias naturalis*
- В родах и послеродовом периоде продолжают антигипертензивную терапию
- В родах мониторинг АД, адекватная аналгезия (ЭА), пролонгированный КТГ мониторинг.

*.Пациентки с АГ до беременности относятся к группе высокого риска по ПЭ и плацентарной недостаточности*

.Показаниями к прерыванию беременности и/или досрочному родоразрешению являются: рефрактерная к терапии АГ; осложнения со стороны органов мишеней: инфаркт миокарда, инсульт, отслойка сетчатки; тяжелая ПЭ, Э на фоне АГ ; ухудшение состояния плода

• При выписке из акушерского стационара пациенткам с АГ рекомендуют диспансерное наблюдение у терапевта\кардиолога, прием антигипертензивных препаратов, домашний мониторинг АД.

# Артериальная гипотензия

- Снижение АД  $\leq 100/60$  мм рт ст
- Во время беременности артериальную гипотензию диагностируют в конце I триместра- физиологическая норма.
- Первичная ( эссенциальная) подразделяется на физиологическую(**конституционально-наследственную**), которая клинически не проявляется и **нейроциркуляторную дистонию** с типичной клинической картиной

• Вторичная возникает при инфекционных заболеваниях, болезни Аддисона, язвенной болезни, гипотиреозе, анемии, гипогликемии, остром и хроническом гепатите, действии ряда лекарственных препаратов

# Клиническая картина

- Может протекать хронически и остро ( гипотонические кризы)
- Гипотонический криз- коллаптоидное состояние, длящееся несколько минут. АД снижается до 80\50 мм рт ст и менее, усиливается головная боль и головокружение, слабость, может возникнуть рвота, чувство закладывания ушей, кожные покровы бледнеют, выступает холодный пот
- При хронической гипотензии основная жалоба- головная боль

- Ортостатическая гипотензия- при переходе из горизонтального положения в вертикальное развивается постуральная артериальная гипотензия с резким падением систолического АД и потерей сознания
- Синкопальные состояния ( вследствие обратимой генерализованной ишемии головного мозга)- наиболее тяжелые проявления гипотензии
- *Синдром нижней полой вены*- резкое снижение АД у беременной на большом сроке гестации за счет сдавления крупных сосудов брюшной полости беременной маткой

# Осложнения беременности

- Способствует развитию раннего токсикоза
- Внутриутробной задержке роста плода за счет снижения МПК
- В родах возможна гипотоническая дисфункция матки



# Лабораторное и инструментальное обследование

- Результаты лабораторного обследования, как правило, не выходят за пределы нормальных значений
- Возможна анемия
- ЭКГ часто выявляет синусовую брадикардию, АВ блокады I ст, синдром ранней реполяризации желудочков, выраженную дыхательную аритмию и экстрасистолию
- Консультации: терапевта, офтальмолога, эндокринолога для уточнения диагноза

# Немедикаментозное лечение

- Оптимизация режима
- Утренняя гимнастика
- Адекватная физическая активность
- Рацион с достаточным содержанием витаминов и микроэлементов
- Физио- и бальнеотерапия ( если нет акушерских противопоказаний)
- Ношение компрессионных чулков

# Медикаментозное лечение

- Растительные препараты: элеутерококк, радиола, настойка лимонника)
- При осложненных формах — назначает врач!  
Кофеин, венотоники

# Медикаментозное лечение

- Растительные препараты: элеутерококк, радиола, настойка лимонника)
- При осложненных формах — назначает врач!  
Кофеин, венотоники

# Показание к госпитализации

- Декомпесированная форма ( синкопальные состояния)
- Присоединение акушерских осложнений (токсикоз, ВЗРП, НМПК)
- Родоразрешение в срок через естественные родовые пути.

# Беременность и пороки сердца

Пороки сердца- аномалии строения клапанов сердца, отверстий или перегородок между камерами сердца и(или) отходящих от него крупных сосудов, приводящие к нарушению сердечной функции. Могут быть врожденные или приобретенные

По этиологии поражения клапанного аппарата выделяют **ревматические** пороки сердца, когда причиной формирования ППС является ревматизм (80-85% всех ППС) и **неревматические**, развивающиеся вследствие инфекционного эндокардита, атеросклероза, сифилиса, СКВ, склеродермии.

- В зависимости от вида порока сердца и наличия симптомов ССН на ранних сроках решается вопрос о возможности вынашивания беременности
- Госпитализация пациенток с ППС в специализированное кардиологическое отделение целесообразна в сроки гестации
  - до 10 недель - для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания беременности
  - в 28-32 недели - с целью обследования и коррекции проводимой терапии
  - в 38 недель — для подготовки и выбора

- В любом сроке при присоединении осложнений беременности ( ПЭ, ПН, угроза ПР), при ухудшении течения основного заболевания
- Беременность у пациенток с пороком сердца ведётся совместно акушером гинекологом с врачом кардиологом, в ряде случаев кардиохирургом
- Пациентки с пороком сердца должны быть информированы что оптимальное время для проведения хирургической коррекции порока- этап предгравидарной подготовки.  
Протезирование клапана не исключает развитие СН во время беременности



# Осложнения беременности

- В I триместре часто происходит обострение ревмокардита
- С 26-28 недель беременности прогрессивно увеличиваются ОЦК, минутный объем сердца и сердечный выброс, продолжается увеличение массы тела беременной, затрудняется легочное кровообращение из-за высоко стояния дна матки, снижается функция диафрагмы, что увеличивает нагрузку на ССС беременной и приводит к появлению\нарастанию симптомов ССН, ЛГ, нарушениям сердечного ритма

- Физиологическое увеличение коагуляционного потенциала крови может способствовать возникновению ТЭО, особенно у пациенток с протезированным клапаном сердца.
- Поэтому во время беременности таким пациенткам для профилактики ВТЭО назначают НМГ
- Пациентки с ППС относятся к высокой группе риска по развитию внутриутробной задержки роста плода и ПР
- В раннем послеродовом периоде возможны послеродовые коллапсы из-за резкого изменения внутрибрюшного и внутриматочного давления

# Диагностика

- Основные жалобы: быстрая утомляемость, слабость, сонливость, сердцебиение и одышка при физической нагрузке
- В анамнезе могут быть указания на ревматизм, перенесенный септический эндокардит, атеросклероз, травмы брюшной стенки, ВПС с детства
- Инструментальные методы обследования включают: ЭКГ (признаки гипертрофии, перегрузки отделов сердца), ЭХО-КГ- УЗ-визуализация порока, патологического кровотока в камерах сердца и крупных сосудах

# Родоразрешение

- Проводится в родовспомогательных учреждениях III Б уровня ( федеральных центрах)
- Досрочное родоразрешение — при ухудшении состояния матери и\или плода
- Если нет СН целесообразно ведение родов через естественные родовые пути

# Беременность и заболевания вен

## Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

- Варикозная болезнь развивается при стойком необратимом расширении и удлинении вен вследствие грубых патологических изменений их стенок и клапанного аппарата
- Если варикозное расширение поверхностных вен возникло после перенесенного тромбоза глубоких вен, то такое состояние относят к посттромботической болезни

- Наиболее распространенными теориями этиологии и патогенеза являются наследственная, механическая, гормональная и инфекционно-аллергическая
- К предрасполагающим факторам относят женский пол( в 2-3 раза чаще), наследственную предрасположенность, дисплазию соединительной ткани
- Производящие факторы- физиологические состояния и заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного и внутрисосудистого давления: беременность, тяжелые статические нагрузки, хронические заболевания кишечника, легких и др.

- Наиболее часто ВБН возникает в I 1\2 беременности, что объясняется увеличением при беременности уровня прогестерона и релаксина
- На развитие ВБ при беременности могут влиять низкая локализация или предлежание плаценты
- Немаловажным в развитии ВБ является факт увеличения массы циркулирующей крови и замедление скорости кровотока в нижних конечностях. Установлено что при беременности приток крови к матке возрастает в 20 раз и более, это приводит к перегрузке вен малого таза.

# Диагностика

- Беременным с ВБ необходимо исследовать состояние свертывающей системы крови, чтобы своевременно выявить предтромботическое состояние
- Консультация сосудистого хирурга
- УЗИ вен нижних конечностей



# Рекомендации

- Чаще консервативное ведение во время беременности
- Ношение компрессионного белья
- Ангиопротекторы
- Венотоники
- Топические средства : гепариновая мазь

# Ведение родов

- ВБ- фактор риска развития ТЭО, при количественном риске 2 и более балла в послеродовом периоде назначают НМГ( клексан, фраксипарин) с профилактической целью
- Роды ведутся в компрессионных чулках
- После КС рекомендуется раннее вставание
- Роды у пациенток с ВБ чаще осложняются дородовым излитием вод, слабостью родовой деятельности, преждевременной отслойкой плаценты, кровотечением в последовом и раннем послеродовом периоде