

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский
университет МЗ России

Сердечно-сосудистая патология у беременных

Лекция для 6 курса ЛПФ

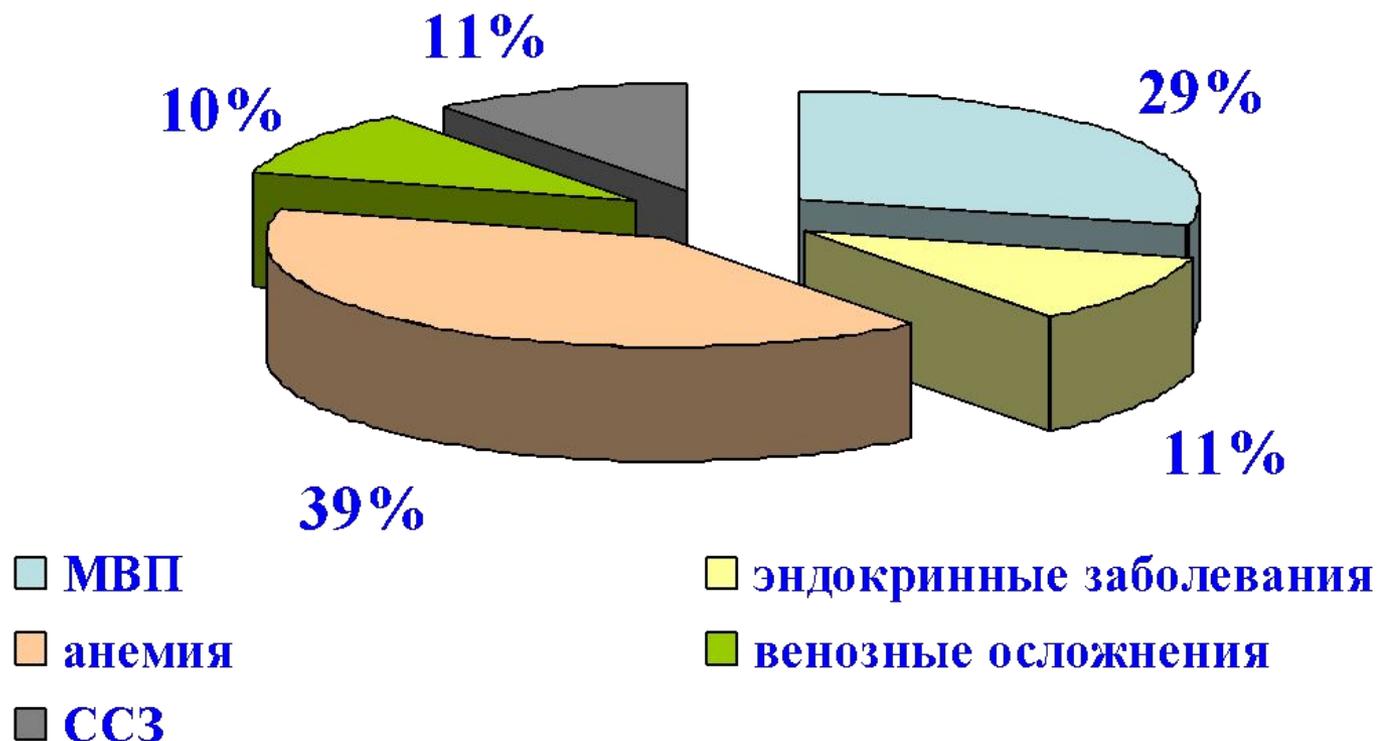
Обоскалова Т.А. – зав. кафедрой акушерства и
гинекологии, д.м.н., профессор

2014г.

ССЗ и беременность

- Частота заболеваний сердечно сосудистой системы у беременных составляет 9-10% .
- В Екатеринбурге ежегодно в городе регистрируется 2300-2500 заболеваний – 21-22% от закончивших беременность, 11-12% в структуре ЭГП

Структура экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, % (ф. 32)



Основные клинические рекомендации и документы

«Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности»

Российские рекомендации

Российское общество кардиологов

2013г.

- Составлены с учетом Рекомендаций Европейского общества кардиологов по лечению ССЗ у беременных 2011г., Рекомендаций Американского колледжа кардиологов 2003, 2006г., Рекомендаций ВНОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2010.

Часть 1.

Артериальная гипертензия

Артериальная гипертония: определение, критерии диагноза

**Артериальная гипертония (АГ)
является величайшей в истории
человечества неинфекционной
пандемией, определяющей
структуру сердечно-сосудистой
заболеваемости и смертности.**

Артериальная гипертония: определение, критерии диагноза

- ***АГ – состояние, при котором регистрируется систолическое АД 140 мм.рт.ст. и более, и/или диастолическое – 90 мм.рт.ст. и более у лиц, не принимающих антигипертензивных препаратов.***
- ***Критерии диагноза: повышение АД как минимум двумя измерениями в течение не менее 4-х часов***

Классификация значений АД

(мм рт.ст.)(ВНОК 2010, ESH, ESC 2007)

Категория	САД	ДАД
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
АГ 1 ст.	140-159	90-99
АГ 2 ст.	160-179	100-109
АГ 3 ст.	≥ 180	≥ 110

Классификация степени повышения АД у беременных (мм рт.ст.)

Категория	САД	ДАД
Нормальное АД	<140	< 90
Умеренная АГ	140-159	90-109
Тяжёлая АГ	≥ 160	≥ 110

Осложнения беременности при АГ

- ФПН
- Перинатальная смертность
- Отслойка плаценты
- Острая почечная недостаточность
- Острая сердечная недостаточность
- Эклампсия, экламптическая кома
- ДВС-синдром
- Кровоизлияние в мозг

Классификация АГ у беременных

1. АГ, имевшаяся до беременности (ГБ или СГ)
2. Гестационная АГ
3. АГ, имевшаяся до беременности и сочетающаяся с гестационной гипертонией и протеинурией
4. Неклассифицируемая АГ

АГ, имевшаяся до беременности (ГБ или СГ)

Критерий:

- АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. до беременности или в течение первых 20 недель гестации
 - Повышенное АД не исчезает после родов
 - Повышение АД началось после 20-й недели, но исчезло через 12 недель после родов
- * При недиагностированной АГ в начале беременности АД м.б. нормальным

Классификация ГБ по стадиям (ВОЗ/МОАГ, 2010)

- ГБ I стадии – повышение АД без поражения органов-мишеней (ПОМ)
- ГБ II стадии – повышение АД сочетается с поражением 1 или нескольких органов-мишеней
- ГБ III стадии – наличие ассоциированных клинических состояний (АКС: инсульт, инфаркт, поражения почек, поражения периферических артерий, ретинопатия)

Ассоциированные клинические состояния:

- Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака
- Заболевания сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, операции на коронарных сосудах, застойная сердечная недостаточность
- Заболевания почек: диабетическая нефропатия, почечная недостаточность (креатинин более 2 мг/дл)
- Сосудистые заболевания: расслаивающая аневризма аорты, поражение периферических артерий, сопровождающееся симптомами
- Гипертоническая ретинопатия: геморрагии или экссудаты, отек соска зрительного нерва
- Сахарный диабет

Факторы риска, влияющие на прогноз при беременности

- Значения САД и ДАД
- Курение
- Преэклампсия в анамнезе
- Врождённые тромбофилии или АФС
- Хроническая почечная недостаточность
- Нарушение толерантности к глюкозе
- СД 2 типа
- Абдоминальное ожирение (ОТ > 88 см)

Гестационная артериальная гипертония (ГАГ)

ГАГ (6% беременностей) – состояние, индуцированное беременностью, проявляющееся повышением АД \geq 140/90 мм рт.ст. с 20 недели, исчезающее в течение 12 недель после родов

В случае присоединения к ГАГ протеинурии развивается преэклампсия

Диагностика АД

Правильное измерение АД:

- в состоянии покоя 2 раза с интервалом в 1-2 минуты;
- плечо пациентки на уровне 4-5 межреберья;
- САД регистрируется по 1 тону Короткова, ДАД – по 5 тону;
- На обеих руках

Диагностика АГ

- Суточное мониторирование АД
- ОАК
- ОАМ
- Биохимия крови
- Определение МАУ
- Коагулограмма
- ЭКГ

Планирование беременности при АГ

Оценка функционального состояния органов мишеней:

- ЭКГ, ЭхоКГ, СМ АД
- Сосуды глазного дна
- УЗИ почек
- Мониторирование ЭКГ (по Холтеру)
- Нагрузочные тесты
- Клинические и биохимические анализы крови
- Определение степени АГ и стадии ГБ
- Коррекция АГТ в случае её применения
- Оценка прогноза для матери и плода

*Прегравидарная подготовка должна
проводиться на фоне эффективной
контрацепции!*

Принципы немедикаментозного лечения АГ у беременных

Немедикаментозную программу снижения АД следует рекомендовать всем пациентам независимо от тяжести АГ и медикаментозного лечения:

- Прекращение курения,
- Нормальная сбалансированная диета без ограничения потребления поваренной соли и жидкости
- Умеренная аэробная физическая нагрузка, 1-2 часовой дневной сон, 8-10 часовой ночной сон
- Снижение массы тела не рекомендуется, однако, при ИМТ 25 кг/кв.м прибавка МТ д.б. 11-15 кг, при ИМТ 25-29 прибавка МТ д.б. 7-11 кг, при ИМТ 30 и более – менее 7 кг.

Общие принципы медикаментозного лечения АГ у беременных

- Максимальная эффективность для матери и безопасность для плода
- Начало лечения с минимальных доз одного препарата,
- Переход к препаратам другого класса при недостаточном эффекте лечения,
- Использование препаратов длительного действия для достижения 24 часового эффекта при однократном приеме,
- Коррекция предшествующей АГТ: отмена ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторов рецепторов ангиотензиногена II (БРА), прямых ингибиторов ренина, коррекция дозы до АД < 140/90 мм рт.ст

Критерии начала АГТ у беременных

Клинические варианты	АД, мм рт.ст.
АГ, имевшаяся до беременности без ПОМ, АКС	$\geq 150/95$
АГ, имевшаяся до беременности с ПОМ, АКС	$\geq 140/90$
ГАГ	$\geq 140/90$
ПЭ	$\geq 140/90$

Медикаментозное лечения АГ у беременных

3 группы препаратов:

- Центрального действия (метилдопа)
- Антагонисты кальция (АК)
дигидропиридинового ряда (нифедипин
длительного действия)
- Кардиоселективные бета-
адреноблокаторы (бета-АБ)
(метопролол сукцинат, бисопролол)

Лечение артериальной гипертонии у беременных

Препараты 1-й линии

Агонисты центральных альфа-рецепторов –

метилдопа по 500 мг 2-4 раза в сутки

Лечение артериальной гипертонии у беременных

Препараты 2-й линии

1. Селективные β -адреноблокаторы:
 - Атенолол 25-100 мг в сутки;
 - Метапролол 25-100 мг в сутки
2. Антагонисты кальция (опасны, но польза может преобладать над риском)
 - Производные дигидропирина
 - Нифедипин 10-20 мг 2 р/с
 - Амлодипин 2,5-10 мг 1-2 р/с
 - Исрадипин 2,5-5 мг 1-2 р/с
 - Производные фенилалкиламина:
 - Верапамил 120-240 мг 1-2 р/с
 - Фелодипин 2,5-20мг 2 р/с

Лечение артериальной гипертонии у беременных

Препараты 3-й линии:

Метилдопа + препарат 2-й линии

Лечение артериальной гипертензии у беременных

Тиазидные и тиазидоподобные диуретики

- Короткими курсами для аддитивности действия основных групп гипотензивных препаратов можно назначать тиазидные мочегонные - гидрохлортиазид 6,25-12,5 мг утром натощак
- Для длительной терапии тиазидные диуретики используют в низких дозах в комбинации с другими антигипертензивными препаратами: β -адреноблокаторы, антагонисты кальция дигидропиринового ряда.

Ведение беременности

- Наблюдение в ЖК по месту жительства совместно акушером и терапевтом ЖК или поликлиники
- Постоянная АГП с коррекцией дозы
- Тяжелые формы – решение вопроса о возможности пролонгирования беременности на перинатальном консилиуме
- Лечение в дневном или круглосуточном терапевтическом стационаре
- Госпитализация в роддом при наличии акушерских осложнений

Ведение беременности

Приказ №572-н МЗ РФ

- 15. При экстрагенитальных заболеваниях, требующих стационарного лечения, беременная женщина направляется в профильное отделение медицинских организаций вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом-акушером-гинекологом.
- При наличии акушерских осложнений беременная женщина направляется в акушерский стационар.
- При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии - в стационар по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

Родоразрешение

- Родоразрешение при компенсированном состоянии в сроке доношенной беременности. Вид родоразрешения – по акушерской ситуации
- При возникновении соматических или акушерских осложнений – экстренное, в том числе абдоминальное, родоразрешение
- В день родов продолжать плановую АГТ
- Возможно применение бета-АБ, антагонистов кальция, препаратов центрального действия
- Использование эпидуральной анестезии
- По показаниям – акушерские операции (кесарево сечение, акушерские щипцы)

АГТ в период лактации

- Применение метилдопы безопасно
- Атенолол и метопролол могут накапливаться в молоке
- По бета –АБ данных мало, относительно безопасны каптоприл и эналаприл
- БРА не рекомендуются

Риск рецидива и отдалённые последствия

- Риск рецидива повышен в следующую беременность
- В последствии – риск инсульта, АГ, ИБС

Часть 2.

Сочетание беременности и пороков сердца

Сочетание беременности и пороков сердца

Сочетание беременности и пороков сердца

Диагностика основана на анамнезе, данных физикального обследования, ультразвуковой диагностике, рентгенологическом исследовании.

- Инвазивные методы диагностики (ангиография) не применяются из-за длительного облучения
- Ультразвуковая диагностика - основной метод. Позволяет оценить функцию протезов клапанов сердца, наличие рестеноза, степень фиброзирование клапанов.
- Исследование системы гемостаза (часто тромбофилическое состояние).
- Исследование функции внешнего дыхания, газового состава крови, кислотно-основного состояния (часто гипоксический синдром)

Сочетание беременности и пороков сердца

- Анамнез: длительность заболевания сердца, тяжесть исходного состояния больной до операции, характер, объем и сроки оперативного вмешательства, осложнения в ближайшем и отдаленном периоде
- Терапевтический диагноз должен быть развернутым и отражающим форму порока, стадию его развития, стадию нарушения кровообращения, степень активности ревматического процесса, степень легочной гипертензии, изменение формы и размеров сердца, вид нарушений сердечного ритма.

Сочетание беременности и пороков сердца

- Во время беременности требуется особо тщательный подход к диагностике патологии сердца и сосудов, так как именно эта система испытывает максимальную нагрузку и перестройку во время беременности, что приводит как к обострению соматической патологии, так и к возникновению патологии беременности.

Беременность на фоне сердечно-сосудистых заболеваний (пороки сердца)

- **IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи (приказ МЗ РФ №572-н, 2013г.)**

Беременность на фоне сердечно-сосудистых заболеваний (пороки сердца)

Врождённые пороки сердца (ВПС) - дефекты в структуре сердца и крупных сосудов

Частота 4-6%, при тяжелых пороках материнская смертность может составлять 8-35%, тяжёлые осложнения -50%.

Риск самопроизвольного выкидыша и/или преждевременных родов – 30-50%

Рабочая группа Европейского общества кардиологов модифицировало классификацию ВОЗ по оценке рисков кардио-васкулярной патологии для матери и плода

Модифицированная классификация материнского риска

Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ I:

Неосложненный, незначительный или умеренно
выраженный

- Стеноз легочной артерии
- Открытый артериальный проток

Успешно оперированный порок (ДМПП, ДМЖП,
открытый артериальный проток, аномальный
дренаж легочных вен

Редкие предсердные или желудочковые
экстрасистолы

Модифицированная классификация материнского риска

Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ II (при отсутствии других осложнений):

- Неоперированный порок ДМПП, ДМЖП
- Корригированная тетрада Фалло
- Большинство аритмий

Модифицированная классификация материнского риска

Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ III (в зависимости от индивидуальных особенностей)

- Умеренно выраженное поражение левого желудочка
- Гипертрофическая кардиомиопатия
- Заболевание клапанов, не соответствующее ВОЗ I или IV
- Синдром Морфана без дилатации аорты
- Диаметр аорты менее 45 мм в сочетании с двустворчатым клапаном аорты
- Оперированная коарктация аорты

Модифицированная классификация материнского риска

Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ III

- Механический искусственный клапан
- Системный правый желудочек
- Операция Фонтена
- Неоперированные пороки сердца с цианозом
- Другие сложные пороки сердца
- Дилатации аорты 40-45 мм при синдроме Морфана
- Дилатация аорты 45-50 мм в сочетании с двустворчатым клапаном аорты

Модифицированная классификация материнского риска

Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ IV (беременность противопоказана)

- Все случаи легочной артериальной гипертензии
- Выраженная дисфункция системного желудочка (ФВ менее 30%, ФК СН III-IV)
- Предшествующая перипартальная кардиомиопатия с резидуальным поражением левого желудочка
- Выраженный митральный стеноз, стеноз устья аорты с субъективными симптомами
- Операция Фонтена
- Дилатации аорты более 45 мм при синдроме Морфана
- Дилатация аорты более 50 мм в сочетании с двустворчатым клапаном аорты
- Выраженная коарктация аорты

Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

Беременные в сроке до 10-12 недель обследуются в амбулаторных условиях или направляются в стационар

Консилиум врачей в составе врача-кардиолога, врача-сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования:

- делает заключение о тяжести состояния женщины
- представляет ей информацию о состоянии ее здоровья: результаты обследования, диагноз и прогноз, методы лечения, риски, возможные варианты, результаты и последствия лечения
- Обсуждает с пациенткой вопрос о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

- 37. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения многопрофильной больницы, имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) медицинской помощи женщине.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

- При отказе женщины прервать беременность консилиум врачей решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности,
- При наличии тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации – направлении в стационар с лицензией на «сердечно-сосудистая хирургия» и «акушерство и гинекология».

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

При сроке беременности 18-22 недели женщины обследуются амбулаторно или стационарно:

- уточнение функционального состояния сердечно-сосудистой системы,
- Подбор и/или коррекция медикаментозной терапии,
- Пренатальная диагностика с целью исключения врожденных аномалий (пороков развития) плода,
- Проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

38. При сроке беременности 27-32 недели:

- направление в стационар с лицензией «кардиология» и (или) «сердечно-сосудистая хирургия», «акушерство и гинекология»
- Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы,
- УЗИ и доплерометрии сердца и сосудов
- Подбор и/или коррекция медикаментозной терапии,
- Оценка состояния фетоплацентарного комплекса,
- Определение предполагаемых сроков родоразрешения.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

Консилиум врачей медицинской организации, в стационар которой направлена беременная женщина, в составе врача-сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования:

- составляет заключение о тяжести состояния женщины
- делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний - о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

- 39. При сроке беременности 35-37 недель женщины направляются в стационар для уточнения срока и способа родоразрешения.

Консилиум врачей (кардиолог или сердечно-сосудистый хирург, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог):

- Уточняет функциональный класс по сердечной недостаточности
- Даёт динамическую оценку имеющихся симптомов ССЗ
- Даёт динамическую оценку течения беременности и состояния фетоплацентарного комплекса.
- Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

40. При наличии высокого риска развития критических состояний, (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи, направляются для родоразрешения в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности по «сердечно-сосудистой хирургии» и «акушерству и гинекологии» для проведения соответствующего лечения.

IV. Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи

- 41. Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом врачей в составе врача-акушера-гинеколога, врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача-анестезиолога-реаниматолога.
- При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии.
- Для дальнейшего лечения и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение.
- При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациентка переводится в акушерский стационар.

Ведение беременности

(Рекомендации общества кардиологов)

- Риск I (очень низкий риск) – консультация кардиолога 1-2 раза в течение беременности
- Риск II (низкий или умеренно выраженный риск) – консультация кардиолога 1 раз в триместр
- Риск III (высокий риск) – коллегиальное заключение кардиолога и акушера-гинеколога 1 раз в 1-2 месяца
- Риск IV, когда женщина не дала согласие на прерывание беременности

Планирование беременности при ССЗ

- Вопрос о допустимости беременности должен решаться совместно кардиохирургом, кардиологом, акушером до наступления беременности или в самые ранние ее сроки.
- Женщинам, перенесшим острую ревматическую лихорадку (ОРЛ) ближайšie 2 года перед наступлением беременности, следует проводить интенсивное лечение.
- При III стадии ГБ беременность противопоказана

Планирование беременности при ССЗ

- При приобретенных пороках беременность абсолютно противопоказана при следующих вариантах:
- комбинированные (многоклапанные) пороки,
- пороки с легочной гипертензией II-III степени по И.Е. Рабкину,
- пороки с тахикардией,
- митральные стенозы III-IV степени
- при наличии клапанных пороков сердца и ОРЛ.
- Больным с пороками с преимущественной нагрузкой на левый желудочек в стадии компенсации кровообращения беременность можно разрешить.

Планирование беременности при ССЗ

- При врожденных пороках противопоказанием для беременности являются [4]:
- стеноз легочной артерии (высокий градиент давления между правым желудочком и легочной артерией, постстенотическая аневризма легочной артерии),
- стеноз аорты (высокий градиент давления между левым желудочком и аортой, гипертрофия миокарда левого желудочка и межпредсердной перегородки),
- коарктация аорты (II-III степень порока, аневризма),
- пролапс митрального клапана (выраженное пролабирование створок клапана, нарушение их замыкательной функции, гемодинамически значимая регургитация, нарушения ритма),
- пороки с сердечной недостаточностью IIА, IIБ, III стадии,
- цианотические пороки.

Планирование беременности при ССЗ

При врожденных пороках противопоказанием для беременности являются :

- открытый артериальный проток (значительное увеличение левых размеров сердца, развитие синдрома Эйзенменгера, указание в анамнезе на бактериальный эндокардит),
- дефект межпредсердной перегородки (большой сброс крови с увеличением правых отделов сердца, развитие синдрома Эйзенменгера),
- дефект межжелудочковой перегородки (высокий дефект с увеличением левого желудочка, развитие синдрома Эйзенменгера),

Планирование беременности при ССЗ

- Следует помнить об определенной вероятности генетической передачи порока. У детей встречаются пороки, аналогичные материнским, но иногда более тяжелые.
- Хирургическое лечение пороков сердца иногда обеспечивает восстановление репродуктивной функции у многих женщин.
- Акушерская тактика зависит от вида и результатов операции, времени хирургической коррекции порока, ближайших и отдаленных осложнений.

Планирование беременности при ССЗ

- При оперированных пороках сердца беременность противопоказана в случаях
- неадекватной митральной комиссуротомии,
- травматической недостаточности митрального клапана,
- рестеноза митрального отверстия,
- неполной хирургической коррекции многоклапанного порока,
- паллиативной коррекции врожденного порока,
- острой ревматической лихорадки или развития бактериального эндокардита,
- других вариантов сложной коррекции пороков.

Планирование беременности при ССЗ

- При адекватной хирургической коррекции, наличии на данной территории квалифицированной кардиологической и акушерской помощи беременность можно разрешить.
- Пациентки должны быть отнесены к категории беременных высокого риска, и наблюдаться в специализированных центрах акушерской и кардиологической помощи.
- При наличии противопоказаний для вынашивания беременности в сроки до 12 недель производится искусственный аборт, в поздние сроки предпочтение отдается малому кесареву сечению, особенно если целесообразно выполнение хирургической стерилизации .

Коррекция ССС на прегравидарном этапе

- Вальвулопластика (баллонная или операционная инструментальная)
- Терапевтическое или хирургическое лечение аритмий
- Лечение сопутствующих заболеваний (АГ, СД, болезни почек)
- Прекращение приёма ряда препаратов, обладающих тератогенным действием
- Антикоагулянтная терапия при механическом протезе клапанов
- Лечение у стоматолога
- Определение оптимального возраста для беременности, например при системном правом желудочке 20-25 лет

Особенности клиники ССЗ при беременности

Во время беременности и в послеродовом периоде риск развития острой ревматической лихорадки возрастает в сроке:

- 10-14 недель,
- 20-32 недели
- в первую неделю после родов.

Тактика ведения беременности и родоразрешения

- Акушерская тактика определяется стадией сердечной недостаточности, выраженностью легочной гипертензии, дыхательной недостаточностью, активностью ревматического процесса.
- Проводится метаболическая, антибактериальная, антикоагулянтная, антиаритмическая терапия.
- В течение беременности возникает необходимость в неоднократной госпитализации в I, II, III триместрах.

Тактика ведения беременности и родоразрешения

- Выбор срока родоразрешения индивидуален и определяется состоянием женщины и плода.
- Высокий процент абдоминальных родов
- В ряде случаев оптимальным методом родоразрешения являются естественные роды с исключением потужного периода (акушерские щипцы).
- В конце 2-го периода родов показана ИВЛ, которая должна продолжаться в течение 4-5 часов после родов до восстановления основных показателей гемодинамики и функции внешнего дыхания .

Тактика ведения беременности и родоразрешения

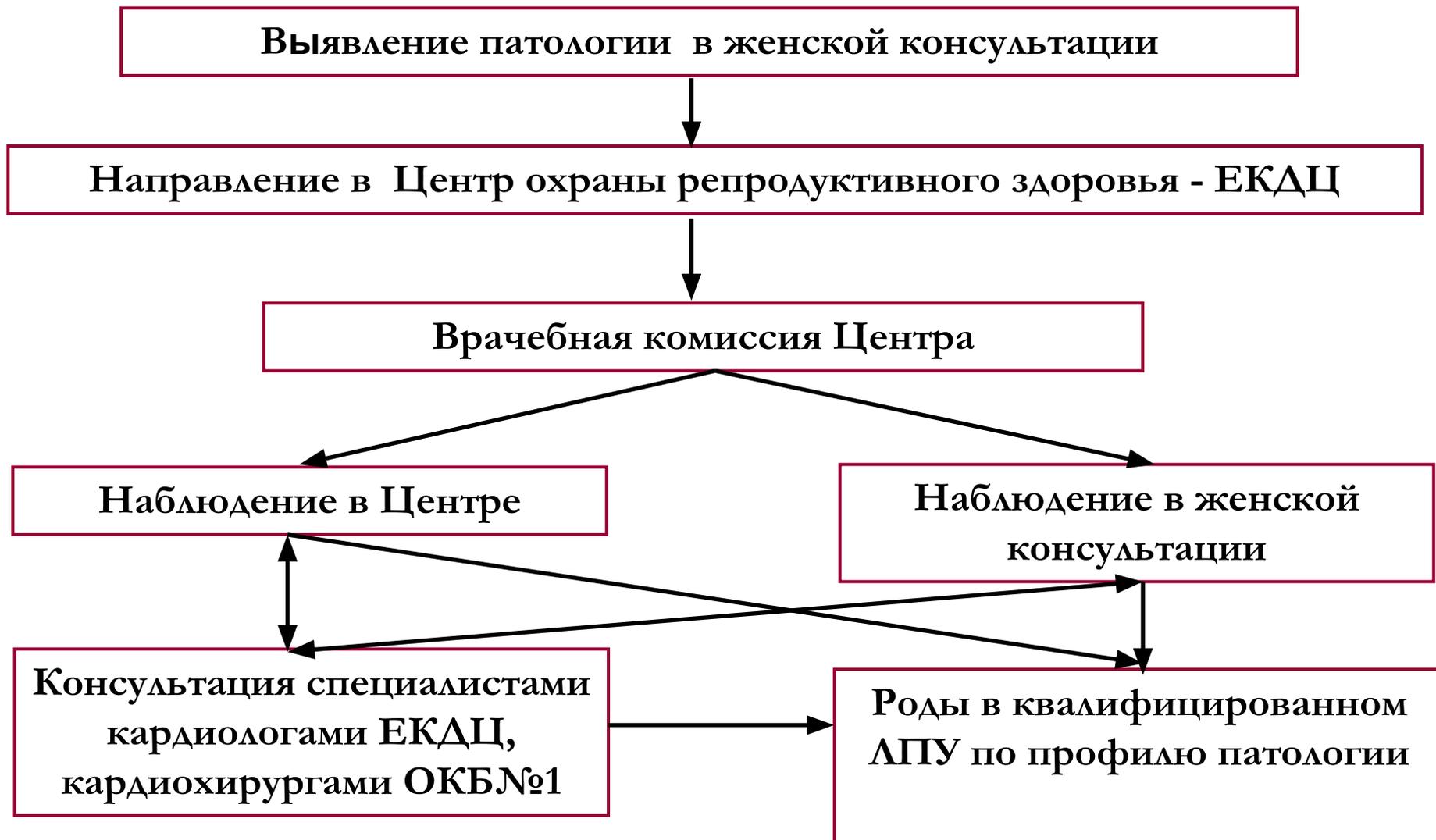
Абдоминальное родоразрешение производится в следующих ситуациях:

- при акушерской патологии (неправильное положение и предлежание плода, рубец на матке, предлежание плаценты, внутриутробное страдание плода)
- при различных осложнениях после операции на сердце (рестеноз, реканализация, травматическая недостаточность),
- при возникновении специфических для пороков осложнений (отек легких, артериальные тромбоэмболии, бактериальный эндокардит)..

Организация медицинской помощи при ССЗ у беременных

- Приказы МЗ СО и муниципальных образований о маршрутизации в соответствии с «Порядком оказания помощи» (приказ №572-н МЗ РФ)
- Наблюдение в центрах для беременных высокого риска совместно с кардиологом и кардиохирургом
- Родоразрешение в специализированных роддомах при наличии высокотехнологичной кардиологической и реанимационно-анестезиологической помощи для матерей и новорождённых (Областной перинатальный центр, НИИ ОММ)

Система оказания помощи беременным с ССЗ (г. Екатеринбург, с 2009г.)



Заключение

- «Знание основных параметров гемодинамики, клинических проявлений и инструментальных методов диагностики этих заболеваний помогут специалистам принять правильное решение в отношении планирования и ведения беременности у этих пациенток, способа и времени родоразрешения, адекватного лечения»

Благодарю за внимание!