

ЛЕКЦИЯ

Влияние болезней кровообращения на течение беременности

Ревматизм и беременность

Диагностика активного ревматизма во время беременности сложна, поскольку физиологическая иммунодепрессия приводит к латентному течению.

Суставные проявления при беременности крайне редки.

Отмечается субфебрильная температура, умеренное учащение частоты сердечных сокращений (ЧСС),

СОЭ может повышаться до 40—80 мм/ч.


Небольшое число обострений (10 % от всех) приходится **на первый триместр.**

Второй пик обострения ревматизма — **послеродовой период** на фоне истощения иммунных резервов, ослабления защитных механизмов при наличии раневой поверхности в матке площадью в 2 м².

В остальные сроки беременности обострение наступает редко.


Тактика при обострении ревматизма:

1. Наличие активного процесса в первом триместре беременности является показанием для прерывания беременности, так как процесс активизации купировать не удастся, а применение силицилатов и глюкокортикоидов противопоказано из-за тератогенного действия на плод (период органогенеза).




Салицилаты в период раннего органогенеза повреждают кроветворение, а перед родами увеличивают частоту внутричерепных кровоизлияний до 80 %.

Глюкокортикоиды подавляют органо-, функциогенез надпочечников плода, вызывая врожденную надпочечниковую недостаточность.




Профилактическое лечение при ревматизме в анамнезе во время беременности не проводится из-за опасности повреждающего действия препаратов.


Проводится активная санация очаговой инфекции носоглотки, в послеродовом периоде необходимо специфическое профилактическое лечение.



Дети, рожденные матерями с ревматизмом, предрасположены к инфекционно-аллергическим заболеваниям — врожденный дефект иммунитета.



Неактивный ревматизм (ревматизм в анамнезе) не является препятствием к физиологическому протеканию беременности, однако необходимо провести курс противорецидивной терапии во время беременности и сразу после родов.




Активный ревмокардит является абсолютным противопоказанием к пролонгированию беременности, поскольку может привести к смерти женщины даже без формирования порока.

Затяжной ревмокардит с минимальной степенью активности в ряде случаев позволяет сохранить беременность по настоянию самой беременной.

При наличии сформированного порока риск при развитии беременности оценивается по схеме Ваниной:

- **I степень риска** — порок без признаков сердечной недостаточности и активности ревматизма;
- **II степень риска** — начальные проявления сердечной недостаточности и активности ревматизма;
- **III степень риска** — правожелудочковая недостаточность, II степень активности ревматизма, недавно возникшая мерцательная аритмия, легочная гипертензия;
- **IV степень риска** — левожелудочковая недостаточность, мерцательная аритмия, тромбоэмболия, III степень активности ревматизма.




Беременность допустима только при первых двух степенях риска.

Нежелательно пролонгирование беременности при возрасте женщины старше 35 лет, выраженной гипертрофии желудочков или предсердий, групповой экстрасистолии, эпизодах сердечной недостаточности при предыдущих беременностях.

Ведение беременных при I степени риска

допускает амбулаторное наблюдение семейного врача с обязательной госпитализацией в профильный акушерский стационар в период наибольшей нагрузки на сердце — 28—30 недель беременности.

Вторая степень риска требует постоянного пребывания беременной в стационаре. Все возможные осложнения, возникающие у беременной, нуждаются в экстренной терапии.




При ревматической атаке во время беременности женщина также должна быть доставлена в стационар.

Операция по жизненным показаниям проводится в любые сроки беременности.

Противорецидивная терапия проводится по схеме:

1,5 млн ЕД бициллина 1 раз в месяц в течение полугода и после родов.

Препараты салицилового ряда можно использовать до 3 г в сутки, глюкокортикоиды назначают только по жизненным показаниям. При возможности в период беременности их лучше не назначать.



После родов женщина, перенесшая ревматическую атаку, должна быть переведена из роддома в ревматологическое отделение терапевтического стационара, и лишь после тщательного обследования и противорецидивной терапии она возвращается под наблюдение семейного врача.

Пороки сердца и беременность

В ранние сроки беременности (до 12 недель) женщину с пороком сердца необходимо госпитализировать в специализированное родовспомогательное или терапевтическое учреждение для того, чтобы обследовать и аргументировано решить вопрос о возможности вынашивания или необходимости прерывания данной беременности.

При митральном стенозе I степени

беременность может быть продолжена при отсутствии обострения ревматического процесса, сердечной недостаточности и нарушения сердечного ритма.

У беременных с митральным стенозом II или III степени беременность следует прервать.

Недостаточность митрального клапана

является противопоказанием к беременности только при наличии сердечной слабости или активности ревматического процесса.

Комбинированный митральный порок сердца

является противопоказанием для беременности у больных с признаками декомпенсации сердечной деятельности.

Стеноз аортального клапана при компенсированном течении позволяет удовлетворительно перенести беременность.


Недостаточность аортального клапана создает неблагоприятные условия для беременности, пролонгирование ее может резко нарушать гемодинамические показатели.

Врожденные пороки бледного типа совместимы с беременностью, если они не сопровождаются легочной гипертензией.


Больные после операции на сердце.

Женщинам после операции при сложных врожденных пороках типа триады и тетрады Фалло нельзя рекомендовать беременность.

После таких операций, как вшивание клапанов в митральной или аортальной позиции, использование биологических протезов, клапанов с атромбогенным покрытием также беременность противопоказана.




После митральной комиссуротомии, а также операций по поводу дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок, открытого аортального протока, **произведенных своевременно, до развития выраженной легочной гипертензии, возможны беременность и благополучное родоразрешение.**



Беременную с пороком сердца без признаков сердечно недостаточности повторно госпитализируют при сроке беременности 29–32 недели.

Следующая госпитализация в ОПБ роддома таких женщин в 37–38 недель – с целью обследования, родоподготовки и выбора метода родоразрешения.



При отсутствии сердечной слабости или при минимальных ее проявлениях родоразрешение проводится через естественные родовые пути с применением спазмолитических и обезболивающих средств.

Кардиотоническую терапию и выключение потуг во II периоде родов путем наложения акушерских щипцов применяют в связи с ухудшением гемодинамических показателей,

кесарево сечение производят по акушерским показаниям.


Досрочное родоразрешение в сроки 28–36 недель осуществляется:

при отсутствии положительного эффекта от комплексной терапии в течение 12–14 дней,

при нарастании или наличии стойкой легочной гипертензии,

при активном ревматизме,

стабилизации гемодинамических показателей после отека легких или тромбоэмболии.



В сроке до 28 недель досрочное родоразрешение проводится путем операции малого кесарева сечения.

Показания для планового кесарева сечения у беременных:

комбинированная недостаточность аортального и митрального клапанов,

митральный стеноз II III ст.,

клапанные протезы при отсутствии эффекта от лечения сердечной недостаточности,

артериальные тромбозы,

перенесенные во время беременности, бактериальный эндокардит,

отек легких во время беременности,

коарктация аорты, рестеноз, реканализация.

Кесарево сечение противопоказано


у больных с тяжелой декомпенсацией при кардиомегалии,

при циррозах печени,

тяжелых расстройствах сердечного ритма,

сложных врожденных пороках синего типа,

крайней степени легочной гипертензии.




Таким больным беременность противопоказана, а родоразрешение лучше проводить в условиях гипербарии в специализированных кардиологических клиниках.

Артериальная гипертензия и беременность


Гипертоническая болезнь (ГБ) – наблюдают у 4-8% беременных.

Среди беременных с ГБ приблизительно в 30% случаев выявляют хроническую гипертонию, гестационную (возникшую во время беременности) гипертонию в 70%.

Предшествующая беременности, даже мягкая артериальная гипертония (АГ), увеличивает риск развития осложнений течения беременности и родов в 2 раза (повышен риск преждевременных родов, отслойки нормально расположенной плаценты, отслойки сетчатки, эклампсии, массивных коагулопатических кровотечений).



Вегето-сосудистая дистония (ВСД) – функциональные нарушения регуляции сосудистого тонуса, приводящие к повышению артериального давления, которые встречаются у 45% беременных.



ВСД по гипертоническому типу может встречаться у беременных любого возраста.

Обычно артериальное давление повышается при отрицательных эмоциях, стрессах и легко купируется седативными средствами.

Повышаются только цифры систолического давления, тогда как диастолическое остается на прежнем месте.




Легкая форма ВСД не требует медикаментозного лечения.

Вне беременности повышенным считается артериальное давление, превышающее цифры 140/90 мм рт. ст.

В период беременности при таком уровне начинается нарушение маточно-плацентарного кровообращения.

Если до беременности женщина страдала гипотонией, то повышение систолического давления на 30 % и диастолического на 15 % свидетельствует о гестационной гипертензии.



Для состояния маточно-плацентарного кровообращения крайне неблагоприятны резкие и быстрые колебания артериального давления, сказывающиеся на состоянии как матери, так и плода.

Артериальная гипертензия является одним из предрасполагающих факторов, приводящих к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, причиной гипертензионной энцефалопатии, нарушений мозгового кровообращения, отслойки сетчатки и кровоотечений.

Гестоз второй половины беременности особенно тяжело протекает на фоне гипертонической болезни.

Эссенциальная артериальная гипертензия характеризуется повышением как систолического, так и диастолического давления, обычно у женщин старше 30 лет.

Беременность заканчивается благополучно у женщин с первой и (при соответствующем лечении) 2А степенью гипертензии (классификация Мясникова). 2Б и 3 степень гипертензии является противопоказанием к пролонгированию беременности.

Повышение артериального давления впервые отмечается обычно до 20 недель беременности.


Больные с артериальной гипертензией выделяются в группу повышенного риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

В I триместре у 1/3 беременных с АГ артериальное давление снижается и создается впечатление относительного благополучия. В

дальнейшем (II и III триместры) у большинства больных оно стойко повышено.

Вне зависимости от происхождения артериальной гипертензии **при значительном стойком повышении АД** с тяжелыми изменениями глазного дна, при развитии сердечной, коронарной или почечной недостаточности, при возникновении нарушений мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния в мозг необходимо прерывание беременности по жизненным показаниям.

В ранние сроки это мед. аборт, позже путем абдоминального кесарева сечения.




**Лечение ГБ во время беременности:
гипотензивные, спазмолитики.**

**Нужно подходить внимательно к назначению
медикаментов при ГБ.**

**Лечение симпатолитическими препаратами
прекращают за 10–14 дней до родоразрешения.**

**Сочетая 2–3 вида лекарственных средств можно
уменьшить дозу гипотензивных препаратов.**



Роды при гипертонии следует вести через естественные родовые пути с применением анальгетиков.


В родах (особенно при потугах) повышается АД, поэтому перед родами нужно добиться нормализации АД.

Если это не удастся сделать, то во избежание осложнений, следует выключать потуги путем наложения акушерских щипцов под наркозом.

При наличии позднего гестоза у беременной после 36 недель необходимо проводить родоподготовку и родостимуляцию.

Роды предпочтительнее вести через естественные родовые пути.

При возникновении осложнений со стороны матери (нарушения мозгового кровообращения, анурия, кровоизлияние в сетчатку глаза, преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, а также при острой внутриутробной гипоксии плода роды **закончить операцией кесарево сечения.**



Гипертонический криз, стойкое ухудшение самочувствия, гиперрефлексия — показания к экстренной госпитализации беременной в акушерский стационар.

Амбулаторное ведение беременных с артериальной негестационной гипертензией предусматривает комплекс мероприятий по нормализации психологического состояния женщины :

- длительные пешие прогулки в лесопарковой зоне,**
- физиологический сон,**
- растительные седативные средства (валериана, пустырник),**
- беседы с родственниками с целью создания оптимального психологического климата в семье.**

Лечебное питание:

ограничение поваренной соли не более 5 г в сутки,

дополнительное введение в рацион свежих овощей и фруктов.

Медикаментозная терапия


бета-блокаторы (анаприлин с 16 недель по 0,1 мг 3 раза в день),

антагонисты кальция — с I триместра норваск, с 20 недель можно использовать верапамил.

Для экстренной терапии гипертонических кризов


1 типа (адреналовых) — лобеталол,

2 типа (норадреналовых) — антагонисты кальция в сочетании с нитропруссидом натрия — 10 мг внутривенно медленно в течение 10 МИН.



При постановке диагноза ГБ у беременных используют 4 критерия:


- 1. Повышение систолического АД до 140/ мм рт. ст.**
- 2. Повышение диастолического АД до /90 мм рт. ст.**
- 3. Стойкое повышение систолического АД более чем на 30 мм рт. ст. от исходного.**
- 4. Повышение диастолического АД более чем на 15 мм рт. ст. от исходного.**



О стойком повышении АД свидетельствует – АД хотя бы при 2-х кратном измерении с интервалом в 6 часов.

Для решения вопроса о диагнозе гипертонической болезни при беременности – необходимо выявить гипертензионный анамнез до беременности.

Если имеется АД во II триместре беременности это гестоз.



Учитывая высокий риск для матери и плода, при ГБ необходимо определить степень его для решения вопроса о возможности вынашивания беременности.

По Шехтману, при экстрагенитальной патологии следует выделять **три степени риска в зависимости от стадии заболевания, особенностей течения, влияния на здоровье женщины и внутриутробного плода.**

При 1-й степени риска осложнения беременности минимальны в форме преждевременных родов и ПТБ не более 20 %, беременность редко — не более 20 % — ухудшает течение заболевания.

Для ГБ это первая стадия, кризы редки, редка и стенокардия.

Обычно ПТБ в 20 % и преждевременные роды у 12 %.

Беременность допустима.


При 2-й степени риска — выраженной — частота осложнений достигает 20—50 %, значительна — более 20 % — частота поздних самопроизвольных выкидышей, перинатальная смертность достигает 20 %.

Для ГБ это IIА стадия.

ПТБ наблюдается при этом в 50 %, преждевременные роды — 20 %, антенатальная гибель — 20 %, гипертонические кризы, тяжелая коронарная недостаточность, прогрессирующий ПТБ, высокое стабильное АД — показания для прерывания беременности.

При 3-й степени риска осложнения беременности составляют более 50 %, перинатальная смертность более 20 %, беременность редко заканчивается вынашиванием, необходимо прерывание ее. Это IIБ, III стадия ГБ и злокачественная ГБ. Опасность уремии, нарушения мозгового кровообращения, коронарной недостаточности, отслойки плаценты и пр.

Велика опасность для жизни матери и высока перинатальная смертность, что требует немедленного прерывания беременности.



**При разрешенной вынашиваемой беременности
следует наблюдаться не реже 1 раза в неделю у
акушера-гинеколога и терапевта.**

Госпитализировать:

до 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания,

при повышении АД более 149/90 в течение недели,

гипертонических кризах,

начальных формах ПТБ,


стенокардии или сердечной астме,

симптомах неблагополучного плода и за 3—4 недели до родов.

Из 9 групп гипотензивных препаратов во время беременности с наименьшим влиянием на плод можно применять только 5:


1. спазмолитики: дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин и лучше парентерально и для купирования криза, а не для длительного курса лечения;

2. салуретики, обладающие гипотензивным и мочегонным действием, короткими курсами в 1—2 дня через 1—2—3 недели: гипотиазид 25—50—100 мг, фуросемид и урегит непригодны для длительного лечения, их применяют во время кризов из-за кратковременного действия.



Салуретики применять с калием и симпатолитиками и препаратами метилдофы (альдонат, допегит), которые потенцируют действие салуретиков и задерживают калий и воду.

Натрийуретики также можно (альдоктон, верошпирон), но их гипотензивное действие во время беременности низкое;



3. симпатолитики (октадин, изобарин, комелин, салотензин) дают слабый терапевтический эффект и опасны ортостатическим коллапсом, поэтому их можно применять только в условиях стационара и в комбинации (например, с салуретиками).

Их нельзя применять за 2 недели до кесарева сечения — опасность коллапса во время операции;

4. препараты метилдофы (альдомет, допегит) регулируют центральный и периферические отделы сосудистого тонуса, не задерживают натрий и воду, можно с салуретиками;

5. производные клофелина (кленидин, гемитон) —можно применять центральный механизм снижения АД, урежение сердцебиения.


ганглиоблокаторы (пентамин, арфонад, бензогексоний) — тормозят проведение импульса в симпатических и парасимпатических ганглиях и поэтому снижают тонус не только артерий, но и вен, что приводит к снижению притока крови к сердцу и уменьшению сердечного выброса — ортостатический коллапс, особенно при варикозном расширении вен.

Может быть головокружение, атония мочевого пузыря и кишечника у женщины. У плода повышена секреция бронхиальных желез — опасно, и может быть атония мочевого пузыря и кишечная непроходимость.

Ганглиоблокаторы можно только в экстренных случаях и для кратковременного и быстрого снижения АД в родах;


9. бета-адреноблокаторы (производные пропранедона — обзидан, индерал, тразикор и др.) уменьшают сердечный выброс и секрецию ренина и тем снижают АД.

Вызывают усиление сокращения матки — опасность прерывания беременности, в родах из-за снижения сердечного выброса тоже не следует использовать, при длительном применении тормозит сердечную деятельность плода.



При гипертонических кризах вводить 2 дня
лазикс, магния сульфат, дибазол, папаверин,
эуфиллин и в тяжелых случаях
ганглиоблокаторы.

Седативные — седуксен.



**Родоразрешение оптимально через
естественные пути.**

При АД выше 160 — выключение потуг.

Кесарево сечение показано:

- при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;**
- отслойке сетчатки, расстройствах мозгового кровообращения;**
- внутриутробной асфиксии плода;**
- состояниях, угрожающих жизни матери и плода.**