

# Экстрагенитальная патология и беременность



# Алтайский Край



**Столица:**

г. Барнаул  
(население 575 600 чел)

Площадь территории:  
169,1 тыс. км<sup>2</sup>  
(0,99% от РФ,  
24 место в РФ)

**Численность населения:** 2642,0 тыс. чел.  
(1,82% от РФ,  
19 место в РФ)

**Плотность населения**  
15,7 чел./км<sup>2</sup>



Грб Край



Флаг Край



За последние 3 года ситуация с МС в Крае стабилизировалась и благодаря значительным ассигнованиям, в том числе и на телемедицину, регион вплотную подошел к Российскому порогу, составляя **22,8 на 100 тыс. живорожденных**

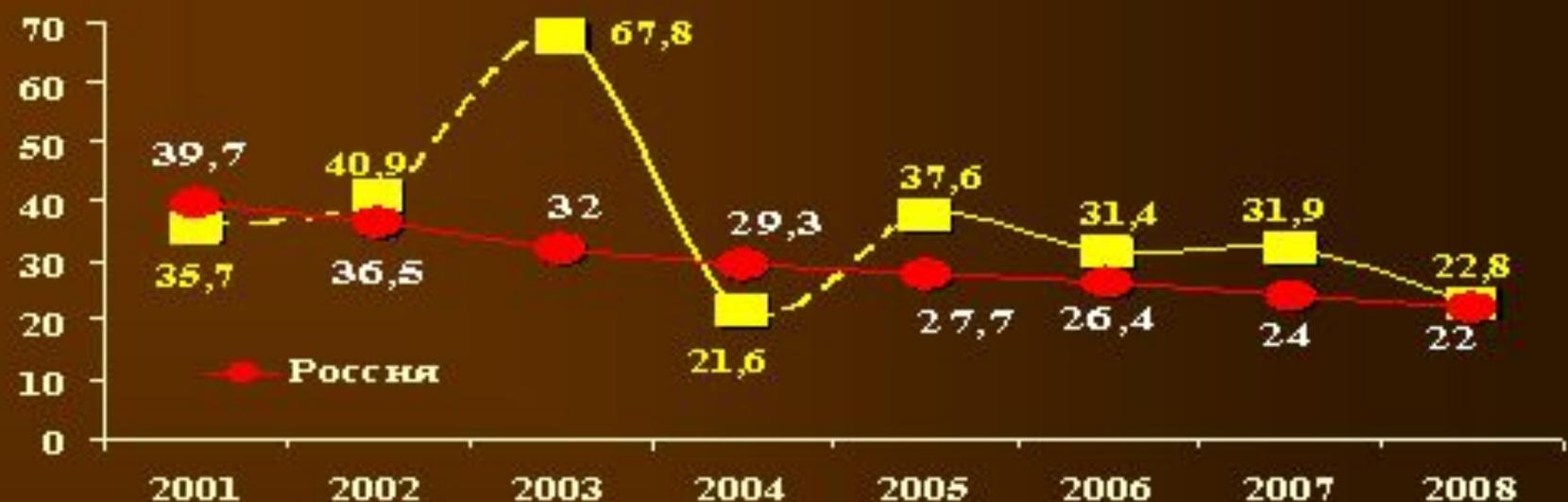
Погибло 56 женщин



Структура МС (%/абс.) в СФО, 2008 г.

На основные акушерские причины – аборт, кровотечения, гестоз и сепсис впервые пришлось **менее 40%**





*В 2008 году радикальных изменений в структуре не произошло. По-прежнему лидируют неуправляемые причины – ТЭЛА и ЭПЦ, но уже > более 40% - основные акушерские причины..*

# Структура причин материнской смертности от экстрагенитальной патологии



Нозология	Абс. числа	%
Заболевания системы кровообращения	19	63,4
Заболевания крови (врожденные тромбофилии)	2	6,7
инфекционные заболевания (гепатиты и туберкулез)	4	13,4
заболевания нервной системы	1	3,3
злокачественные заболевания	1	3,3
заболевания мочеполовой системы	1	3,3
паразитарные заболевания (альвеококкоз)	1	3,3
врожденные пороки развития	1	3,3
<b>ИТОГО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Предотвратимые 3 случая (10%), условно-предотвратимые 17 (56,6%), непредотвратимые 10 (33,4%)

# Экстрагенитальная патология является фоном для:

## Осложненного течения беременности:

- Поздние гестозы
- Анемии беременных
- Угроза прерывания
- Первичная и вторичная ФПН

## Осложнений родов и послеродового периода:

- Аномалии родовой деятельности
- Кровотечения
- ГСИ

# Беременность и роды способствуют:

- утяжелению течения ЭГЗ
- декомпенсации пораженного органа
- клинической манифестации соматической патологии

## *ПОЧЕМУ??*

- формирование 3 круга к/о (+1\3 ОЦК)
- вмешательство плодного яйца в НЭС матери



# СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



## ПОРОКИ СЕРДЦА:

- Приобретенные(ревматические) – 95%
  - Врожденные – 5%
1. Сброс крови слева направо (дефекты перегородок)
  2. Сброс крови справа налево (синие пороки)
  3. С препятствием кровотоку (стеноз, коарктация аорты, стеноз легочной артерии)

# Сердечная недостаточность -

неспособность сердца обеспечить кровообращение, соответствующее метаболическим потребностям организма в период беременности и родов.

Снижение сократительной способности миокарда – основная причина снижения сердечного выброса крови (гипокинетический тип к/обращения).

# Степени акушерского риска при пороках сердца

- I – нет выраженной СН и осложнений ревматизма (субклинические проявления)
- II – начальные проявления СН и активности ревматизма
- III –IV - декомпенсированная СН в активной фазе ревматизма

# Тактика ведения при пороках сердца вне беременности

- Планирование беременности на фоне полноценной контрацепции (ОК, барьерная)
- Обследование для решения вопроса о возможности вынашивания беременности
- Если вынашивание возможно- курс лечения для достижения максимальной компенсации пораженного органа

# Тактика ведения при пороках сердца во время беременности

1. Обследование в ранние сроки в специализированном стационаре для решения вопроса о возможности вынашивания беременности
2. Повторная госпитализация в 26-27 недель в кардиологический стационар для проведения курса кардиотропной терапии
3. Дородовая госпитализация в акушерский стационар 3 степени риска (КПЦ) за 2-3 недели до родов для выбора срока и способа родоразрешения

# Противопоказания к вынашиванию беременности

- Активный или рецидивирующий ревмокардит
- Митральный стеноз 2, 3 степени
- Комбинированные и сложные пороки с легочной гипертензией
- Мерцательная аритмия, пароксизмы трепетания, блокады, стойкое НК

# Влияние пороков сердца на беременность

- Поздние гестозы без манифестации АД
- Невынашивание беременности
- Хроническая ФПН

# Влияние беременности на пороки сердца

- Активация ревматизма в любые сроки беременности
- Риск развития сердечной недостаточности с 28-30 недель
- Декомпенсация гемодинамики во 2-ом периоде родов и в первые сутки послеродового периода
- Обострение ревматизма с 5-7 суток после родов

# Способы родоразрешения

- Через естественные родовые пути
- С исключением потуг (НК 1 и 2 ст., легочная гипертензия, мерцательная аритмия, септический эндокардит, ОСН)
- Операция кесарева сечения (комбинированная недостаточность обоих клапанов, протезы, митральный стеноз 2-3 ст., рестеноз, коарктация аорты)

# Особенности ведения родов

- Максимальное обезболивание
- Роды в присутствии анестезиолога, кардиолога
- Ранняя амниотомия
- Оксигенация, кардиотропная терапия
- Максимальная профилактика и восполнение кровопотери



# Отек легкого – несоответствие объема притока крови к сердцу из легких и ее оттока

1. Нормализация эмоционального статуса, максимальное обезболивание (морфин)
2. Уменьшение преднагрузки (венозного возврата крови к сердцу) – вазодилататоры (нитроглицерин, нитропруссид натрия)
3. Разгрузка малого круга к/обращения (лазикс)
4. Снижение давления в большом и малом круге (ганглиоблокаторы, эуфиллин)
5. Оксигенотерапия, ИВЛ в режиме ПДКВ

# Неотложная помощь при отеке легкого

6. Разрушение пены
7. Снижение проницаемости альвеолярно-капиллярных мембран – антигистаминные средства
8. Улучшение сократительной способности и энергетического баланса миокарда

# Артериальная гипертензия – 25% материнской смертности

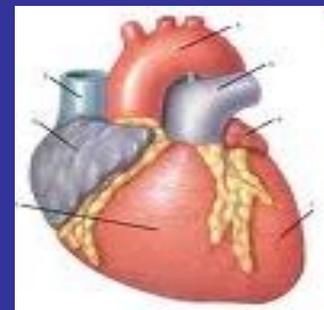
1. Хроническая артериальная гипертензия
  - А. Гипертоническая болезнь
  - Б. Симптоматическая гипертензия
2. Гестационная артериальная гипертензия
3. Гестоз
4. Сочетанный гестоз (на фоне ХАГ)

При беременности АД 140/90 и выше- патология!

Вне беременности (по ВОЗ) – АД 140/90- 160/95 –  
переходная зона

# Стадии ХАГ

- I стадия – есть повышение АД, но нет поражения органов-мишеней
- II стадия – есть повышение АД и поражение органов-мишеней
- III стадия – существенные нарушения функции сердца (СН), мозга (инсульт) и (или) почек



# Классификация степени АД(ВОЗ)

- 1 степень: АД 140-159/90-99 мм рт. ст.
- 2 степень: АД 160-179/100-109 мм рт.ст.
- 3 степень: АД  $> 180/>110$  мм рт.ст.

# Тактика ведения

1. Обследование и лечение до 12 нед. в специализированном стационаре для уточнения диагноза, решения вопроса о возможности вынашивания, подбор гипотензивной терапии
2. Своевременная диагностика прегестоза и позднего гестоза
3. Повторная госпитализация в 26-30 нед. для обследования и коррекции лечения
4. Дородовая госпитализация за 2-3 недели до родов в акушерский стационар 3 ст. риска для выбора срока и способа родоразрешения

# Особенности течения беременности при ГБ

- Поздние гестозы с ранним началом, гипертензионным синдромом – до 36%
- Невынашивание беременности, преждевременные роды – до 30%
- Первичная ФПН с формированием ЗВУР, тяжелой гипоксией
- Перинатальные потери – 30% и более



# Противопоказания к вынашиванию беременности

- Гипертоническая болезнь 3 стадии  
(III степень акушерского риска)

**Цель** - в лечении ГБ важно не снизить АД до нормы, а стабилизировать на определенных цифрах.

Идеальный вариант – подбор гипотензивной терапии до беременности!



# Течение ГБ при беременности

- Гипертонический криз
- Кардиалгия
- Энцефалопатия (головная боль в 1-ой половине дня)
- Ангиопатия – ретинопатия – отслойка сетчатки
- Изменения в почках

# Родоразрешение

- По показаниям со стороны матери и плода с учетом состояния родовых путей, тяжести ГБ.
- При консервативных родах - максимальное обезболивание
- Роды в присутствии анестезиолога, терапевта
- Продолжить гипотензивную терапию
- Двойная профилактика кровотечения и адекватное восполнение кровопотери

# Динамика АД при беременности у женщин с ГБ

- До 12 недель – стабильное, иногда – повышение за счет эмоциональной лабильности
- 14-26 недель – снижение за счет формирования 3 круга кровообращения
- 26-28 недель – повышение у 85%
- За 2 недели до родов - повышение у всех беременных

# Влияние НЦД на беременность

- Угроза прерывания
- Поздние гестозы
- Анемия беременных
- ФПН



# Лечение беременных с НЦД

- Воздействие на ЦНС
- Витаминотерапия, антиоксиданты
- Универсальные адаптогены
- Профилактика ФПН

Критерии эффективности:

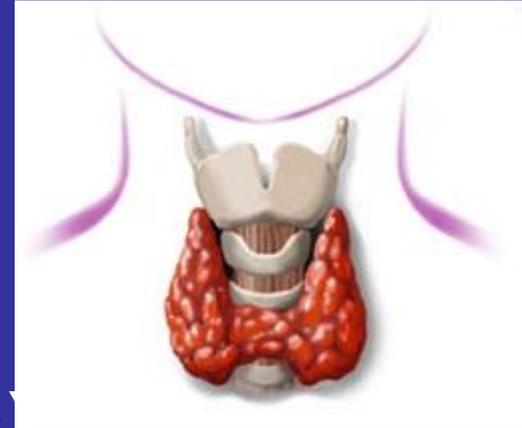
нормализация сна, стабилизация АД,  
улучшение самочувствия.

Курсы проводятся 3-хкратно: до 12 нед,  
18-20 нед, 28-30 нед.



# Заболевания щитовидной железы и беременность

- Относительная гестационная гипотироксинемия
- Увеличение ЩЖ (зоб)
- Гиперфункция (тиреотоксикоз)
- Недостаточность функции (гипотиреоз)
- Воспаление (тиреоидит)
- Злокачественное новообразование



# Лечение патологии щитовидной железы

- Диффузный токсический зоб – тиреостатики, хирургическое лечение
- Гипотиреоз +АИТ – ЗГТ
- Эндемический эутиреоидный зоб – препараты йода



# Сахарный диабет и беременность

## КЛАССИФИКАЦИЯ ПО Баранову:

- 1 ст. (легкая) – нет и не было кетоза, сахар крови не  $>7,7$  ммоль/л натошак
- 2 ст. (средняя) – кетоз +, сахар крови не  $>12,1$  ммоль/л
- 3 ст. (тяжелая) – сахар крови  $>12,1$  ацидоз, лабильное течение, комы, ретинопатия, гломерулосклероз

# Гестационный сахарный диабет

1. Клинически выраженный
2. Скрыто протекающий
  - Потенциальный диабет – ранняя стадия
  - Субклинический – нарушение толерантности к глюкозе



# Осложнения беременности при сахарном диабете

- Невынашивание беременности –до 30%
- Поздний гестоз (начало в 32-35 нед) – до 60%
- ФПН с проявлениями эмбрио- и фетопатии, многоводие, крупный плод
- Инфекции мочевых путей
- Перинатальные потери

# Влияние беременности на сахарный диабет

- До 16 недель – улучшение течения СД (ХГ)
- 16- 28 недель – ухудшение течения, повышение потребности в инсулине (контринсулярные гормоны плаценты)
- 33-34 недели – улучшение (активация поджелудочной железы плода)
- После 37 недель – улучшение (старение плаценты)
- После родов – улучшение



# Тактика ведения беременных с сахарным диабетом

- Госпитализация в эндокринологическое отделение до 12 нед.(идеально – до беременности) для решения вопроса о возможности вынашивания
- Повторная госпитализация –в 20-24 нед
- Дородовая госпитализация в 32-38 нед. в акушерский стационар 3 ст. риска для выбора срока, способа родоразрешения

# Противопоказания к вынашиванию беременности

- Тяжелая форма инсулинзависимого сахарного диабета с осложнениями:
  - ИБС
  - Прогрессирующая ретинопатия
  - Тяжелая нефропатия
  - Полинейропатия

# Осложнения родов при сахарном диабете

- Несвоевременное излитие околоплодных вод
- Слабость родовой деятельности
- Клинически узкий таз
- Дистоция плечиков плода
- Интранатальный дистресс плода
- Кровотечения
- ГСИ



# Диабетическая фетопатия



# Влияние гломерулонефрита на беременность

- Поздние гестозы, раннее начало и тяжелые формы, приводящие к ПОНРП
- Невынашивание беременности
- ФПН с проявлениями ЗВУР, ВУИ, гибелью плода
- Анемии беременных



# Акушерская тактика при гломерулонефрите

1. Ранняя госпитализация и обследование в нефрологическом стационаре
2. Повторная госпитализация во 2-ом триместре, при обострении или присоединении акушерской патологии
3. За 2-3 недели до родов в акушерский стационар 3 ст. риска для выбора срока и способа родоразрешения

# Акушерская тактика в зависимости от степени риска

- **1 степень** – латентная форма гломерулонефрита – прогноз благоприятный на фоне лечения
- **2 степень** - нефротическая форма – вынашивание беременности возможно при постоянной терапии, но нецелесообразно
- **3 степень** – гипертоническая, смешанная формы, острый или обострение хронического гломерулонефрита, наличие почечной недостаточности – беременность противопоказана

# Влияние пиелонефрита на беременность

- Самопроизвольные аборты – 4-19%
- Преждевременные роды – 9-28%
- Поздние гестозы – 41%
- Анемии беременных
- ФПН, ВУИ

# Влияние беременности на пиелонефрит

Обострение процесса со 2-го триместра и на 4-14 сутки после родов:

- Нарушение уро- и гемодинамики под влиянием прогестерона
- Механическое сдавление беременной маткой МВП
- синдром яичниковой вены
- Падение стероидных гормонов после родов

# Степени риска при пиелонефрите

- **1 степень** – гестационный пиелонефрит
- **2 степень** – хронический пиелонефрит до беременности
- **3 степень** – пиелонефрит единственной почки, с гипертензией, азотемией – беременность противопоказана

# Акушерская тактика при пиелонефрите

- Обследование и лечение при 1 и 2 степени риска до 12 недель беременности совместно с урологом
- Госпитализация в урологический стационар – при обострениях
- Дородовая госпитализация в ЦРБ, МРБ за 2 недели до родов

# План обследования с патологией почек

- Клинический анализ мочи, по Нечипоренко, по Зимницкому
- Суточный диурез
- Бак. посев мочи
- Проба Реберга
- Клинический и биохимический анализы крови
- УЗИ почек

# Принципы лечения

- Восстановление пассажа мочи
- Медикаментозное (антибактериальная, инфузионная, дезинтоксикационная, седативная, десенсибилизирующая)
- Немедикаментозное (диетический режим, растительные уросептики, позиционная терапия, эфферентные методы)
- Хирургическое



# Заболевания печени и беременность

- 1. Желтухи в связи с беременностью
- Ранние и поздние гестозы
- Острый жировой гепатоз
- Холестатический гепатоз беременных
- 2. Желтухи, не связанные с беременностью
- Гепатотропные инфекции
- Обтурационные, гемолитические, токсические, септические



# Лечение желтухи



1. **Холестатический гепатоз беременных:**  
симптоматическое (стол № 5,  
гепатопротекторы, витамины,  
энтеросорбенты)
2. **Острый жировой гепатоз беременных-**  
-немедленное прерывание!  
беременности
3. **Вирусные гепатиты:** пролонгирование!  
беременности до стихания желтухи

# Вирусная инфекция и беременность

- Грипп, ОРВИ
- Краснуха – прерывание беременности
- Генитальный герпес
- Цитомегаловирусная инфекция
- ВИЧ-инфекция



# Бактериальные и смешанные инфекции при беременности

- Стрептококковая инфекция
- Сифилис
- Бактериальный вагиноз
- Трихомониаз
- Гонорея
- Хламидиоз
- Уреаплазмоз, микоплазмоз
- Кандидоз
- Токсоплазмоз



# Лечение внутриутробных инфекций

- В первом триместре терапия не рекомендуется
- Специфическая терапия с 14-16 недель после верификации возбудителя
- Неспецифическая иммуномодулирующая терапия
- Нормализация микрофлоры влагалища перед родами



## Прегравидарная ПОДГОТОВКА



- Полноценное лабораторное обследование супружеской пары
- Санация хронических очагов инфекции
- Лечение фоновой ЭГП, репродуктивной дисфункции
- Превентивная терапия (общеукрепляющие мероприятия, коррекция дисбиоза, устранение вредных привычек)

Спасибо!

