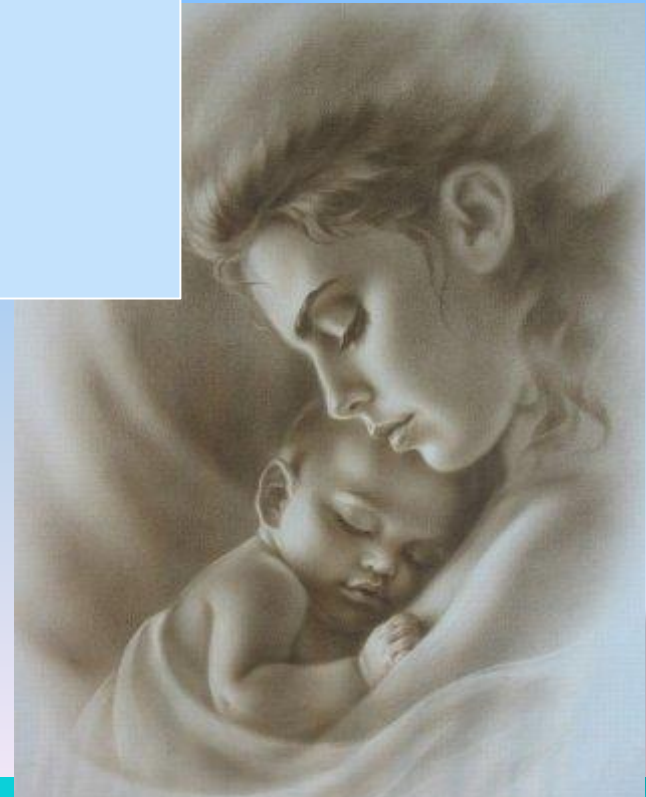


ГОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития

Кафедра акушерства и гинекологии

# Экстрагенитальные заболевания и беременность

Доц. Попова Л. С.



# План:



I - Введение

II - Сердечно - сосудистые заболевания и беременность;

III – Эндокринопатии и беременность;

IV – Заболевания почек и беременность;

V - Заключение.

# Заболевания сердечно – сосудистой системы



- **ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**
- **ГИПОТОНИЯ БЕРЕМЕННЫХ**
- **ПОРОКИ СЕРДЦА**



# Гипертоническая болезнь



Артериальное давление, **превышающее 140/90 мм. рт. ст.** свидетельствует о наличии артериальной гипертензии.

В I триместре у 1/3 больных АД снижается, что создает эффект мнимого благополучия. В дальнейшем АД стойко повышается и на этом фоне могут развиваться :

- Гестоз
- Плацентарная недостаточность
- Внутриутробная задержка развития плода
- Хроническая гипоксия
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- Энцефалопатии

## Существует 3 степени риска беременных с ГБ по М. М. Шехтману

- I степень соответствует I стадии ГБ, и беременность как правило заканчивается благоприятно.
- II степень - II стадии ГБ, и при адекватном лечении беременность может закончиться благополучно.
- III степень – III стадии ГБ и беременность – противопоказана.

# Лечение



**Антагонисты ионов  
кальция  
дигидропиридинового  
ряда**

Норвакс  
Ломир  
Форидон

• **Нефедипин-противопоказан!**

**Спазмолитики**

Дибазол  
Папаверин  
Но-шпа

**Диуретики**

Триамтерен (по 25-50 мг/сут)  
Спиронолактон (по 25-50 мг/сут)

**Стимуляторы  
адренэргических  
рецепторов**

Клофелин 0,250-0,500 мг/сут  
Метилдопа до 1500 мг/сут

**Ганглиоблокаторы**

Пентамин  
Бензогексоний

# Принципы терапии



- При **ГБ I** стадии проводят монотерапию.
- При **II** стадии – назначают комбинацию 2-х или 3-х гипотензивных препаратов.
- При развитии на фоне гипертонической болезни **гестоза** или **плацентарной недостаточности** назначают весь лечебный комплекс, применяемый при этих осложнениях.

# Пороки сердца.



Прогноз беременности и родов женщин с приобретенными или врожденными пороками сердца определяется следующими факторами:

- Формой порока
- Степенью сердечной недостаточности и активностью ревматического процесса, послужившего причиной возникновения порока сердца.



# Приобретенные ревматические пороки



Приобретенные пороки встречаются у 7-8 % беременных. Для прогнозирования исходов беременности и родов при такой патологии необходимо учитывать следующие факторы риска:

- Активность ревматического процесса;
- Форма и стадия развития порока;
- Компенсация или декомпенсация кровообращения;
- Степень легочной гипертензии;
- Нарушение сердечного ритма;
- Присоединение акушерской патологии.

# Степень активности ревматического процесса

Необходимо уточнять степень активности ревматического порока, т. к. она определяет акушерскую тактику, служит критерием при решении вопроса о том сохранить или прервать беременность.

Во время беременности течение ревматического порока при обострении протекает волнообразно. Критические периоды соответствуют ранним срокам беременности - до 14 недель, 20-32 недели и послеродовому периоду.

# Течение беременности



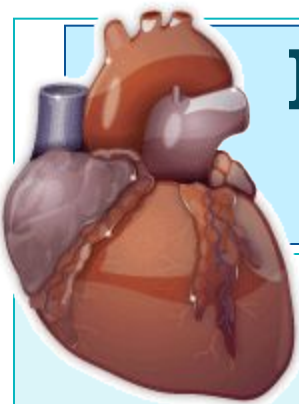
Течение беременности на фоне активного ревматического процесса весьма не благоприятно, поэтому рекомендуется ее прерывание в ранние сроки.

В поздние сроки беременности предпринимают досрочное родоразрешение, которое в основном проводится посредством кесарево сечения.

# Митральный стеноз



- ❖ При митральном стенозе I степени –беременность может быть сохранена, в отсутствие обострения ревматического процесса, сердечной недостаточности и нарушении сердечного ритма .
- ❖ При митральном стенозе II-III степени беременность следует прервать в ранние сроки и рекомендовать в последующем митральную комиссуротомию.
- ❖ Если больная настаивает на пролонгировании беременности, то оно допустимо только на фоне стационарного лечения и обеспечения возможности выполнения операции на сердце во время беременности.



# Недостаточность митрального клапана

Беременность и роды при этой патологии протекают без существенных осложнений. При чрезмерно выраженной митральной недостаточности с регургитацией крови и резкой гипертрофией левого желудочка беременность протекает тяжело и может осложниться левожелудочковой недостаточностью. **Сохранение беременности в таком случае нецелесообразно**

**Комбинированный стеноз** – является противопоказанием к беременности у больных с декомпенсацией сердечной деятельности.

# Аортальный стеноз и аортальная недостаточность

- ❑ Беременность при аортальном стенозе возможно допустить только при отсутствии выраженных признаков гипертрофии левого желудочка и симптомов недостаточности кровообращения.
- ❑ Аортальная недостаточность- менее тяжелый порок при вынашивании беременности, однако возможно присоединение гестоза, что усугубляет течение данной патологии.
- ❑ У больных с аортальными пороками сердца беременность и роды через естественный родовые пути допустима только в стадии компенсации.

# Классификация степени риска неблагоприятного исхода беременности у больных с пороками сердца

- **Степень I-беременность** при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса.
- **Степень II** – беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности(одышка, тахикардия), наличие признаков активной фазы ревматизма ( степень A1 по Нестерову А.И.).
- **Степень III-беременность** при декомпенсированном пороке сердца с признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, наличие активной фазы ревматизма(A2), мерцательной аритмии, легочной гипертензии.
- **Степень IV-беременность** при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой недостаточности и мерцательной аритмии с тромбоэмболическими проявлениями легочной гипертензии.

# Врожденные пороки



Еще не так давно беременность при врожденном пороке считали недопустимым фактом, но сейчас в связи с накопившимся опытом ведения таких больных можно полагать, что беременность допустима при оперированном открытом артериальном протоке, изолированном стенозе легочной артерии с небольшим сужением, коарктации аорты I степени и т. д.

Беременность недопустима при пороках с переходящим цианозом ( у больных с высоко расположенным дефектом межжелудочковой перегородки), с коарктацией аорты II-III степени, тетрадой Фалло.



# Беременность и оперированное сердце

- ❑ Все беременные с искусственными клапанами сердца при первом же обращении к акушеру –гинекологу должны быть госпитализированы. Первая госпитализация рекомендуется в ранние сроки (до 12 нед.) для оценки состояния беременной, выбора антикоагулянтов и установления их дозы.
- ❑ Повторную госпитализацию осуществляют на 26-28 недели беременности
- ❑ Третью госпитализацию рекомендуется провести на 36-37 недели беременности для подготовки к родам и заблаговременного решения о родоразрешении.

# Родоразрешение беременных с пороками сердца.

В отсутствии сердечной недостаточности и при ее минимальных проявлениях родоразрешение проводят через естественные родовые пути с применением спазмолитических и обезболивающих средств

Кардиотоническую терапию и наложение акушерских щипцов применяют с ухудшением гемодинамических показателей.

Кесарево сечение производят по акушерским показаниям.





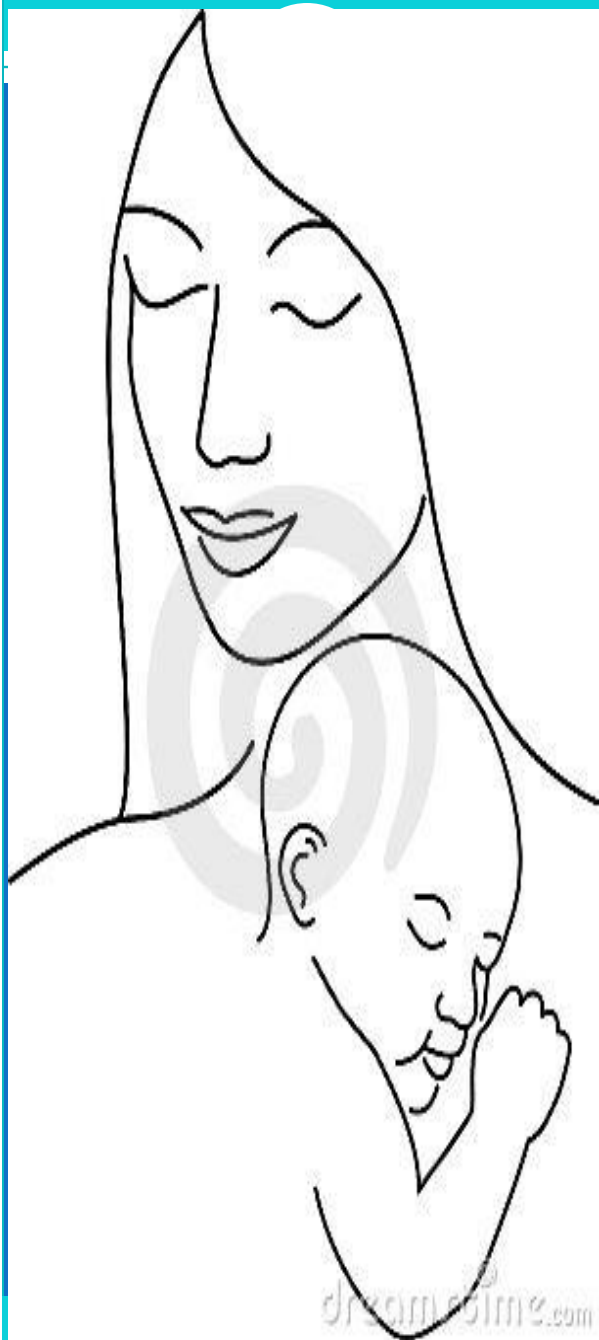
**ДО 36 НЕДЕЛЬ ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ  
ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАНИЯМ:**

- **ОТСУТСТВИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА ОТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ В ТЕЧЕНИИ 12-14 ДНЕЙ**
- **НАРАСТАНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЛИ ТРОМБОЭМБОЛИИ**
- **ОТСУТСТВИЕ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОСЛЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ ИЛИ ТРОМБОЭМБОЛИИ В ТЕЧЕНИИ 2 НЕДЕЛЬ**
- **АКТИВНЫЙ РЕВМАТИЗМ**

# Родоразрешение



- Роды в срок, иногда спонтанные, чаще после родовозбуждения в 37-38 нед. проводят в тех случаях когда в процессе предродовой подготовки удастся значительно улучшить гемодинамические показатели, приблизив их к таковым при I степени сердечной недостаточности.
- Родоразрешение через естественные родовые пути осуществляют относительно стабильных показателей гемодинамики. Подготовку проводят в течении 3-7 дней с использованием витаминно-энергетического комплекса с последующей амниотомией



## **В условиях гипербарической оксигенации (ГБО)**

родоразрешение должны проводить у рожениц с приобретенными пороками и недостаточностью кровообращения в II-III стадии, сопровождающейся циркуляторной гипоксией: с врожденными пороками «синего» типа со смешанной формой гипоксии.

**Эти больные не в состоянии перенести родоразрешение ни абдоминальным путем, ни через естественные родовые пути.**

# Показания к родоразрешению в условиях ГБО



- ❑ СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО  $PO_2$  ДО 70 ММ. РТ .СТ. И НИЖЕ
- ❑ СНИЖЕНИЕ ВЕНОЗНОГО  $PO_2$  НИЖЕ 40 ММ. РТ. СТ.;
- ❑ УВЕЛИЧЕНИЕ АРТЕРИЛЬНО-ВЕНОЗНОЙ РАЗНИЦЫ ПО КИСЛОРОДУ ДО 9 ОБ.% И БОЛЕЕ
- ❑ ПОЯВЛЕНИЕ ВЕНО-ВЕНОЗНОГО ГРАДИЕНТА
- ❑ УВЕЛИЧЕНИЕ МИНУТНОГО ОБЪЕМА ДЫХАНИЯ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 180 % ОТ ДОЛЖНОГО
- ❑ УМЕНЬШЕНИЕ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ И КОЭФФИЦИЕНТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИСЛОРОДА БОЛЕЕ ЧЕМ НА 50 % ОТ ВЕЛИЧИНЫ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЫХ БЕРЕМЕННЫХ.

- **Особенностью ведения родов** у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является **раннее обезболивание** (с началом родовой деятельности) в начале первого периода родов когда преобладает эмоциональный компонент роженицы, показано применение транквилизаторов, антигистаминных препаратов и спазмолитиков.
- **В период раскрыти** маточного зева от 3 до 9 см. рекомендуется предоставить медикаментозный сон (**предион, натрия оксибутират в сочетании с наркотическими анальгетиками**)
- **В конце первого периода** можно проводить аутоанальгезию **закисью азота с кислородом** или **метоксифлюраном**(пентраном)

Особое место в ведении и обезболивании родов при заболеваниях сердца занимает **эпидуральная анестезия**, которая позволяет снизить частоту осложнений в родах.

**Наиболее опасными** для рожениц являются **второй и начало третьего периода** родов с чрезмерной нагрузкой на сердце в период изгнания и повышением артериального давления.

После рождения плода у роженицы резко снижается артериальное давление и наступает гиповолемия. В связи с этим во втором периоде родов для выключения потуг рекомендуется применять операцию наложения акушерских щипцов.

**Третий период родов** у рожениц с данной патологией необходимо вести наименее травматично. Избегать применения метода выжимания последа по Креде-Лазаревичу без хорошего обезбоживания, так как при этом рефлекторно может нарушиться ритм сердца



# Кесарево сечение



При заболеваниях сердца кесарево сечение не является оптимальным методом родоразрешения, поскольку при этой операции создается значительная гемодинамическая нагрузка на сердце по сравнению с таковой при родоразрешении через естественные родовые пути, которая сохраняется в первые 4 дня послеоперационного периода.



## Показаниями к кесареву сечению

**являются:**

- ❑ Комбинированная недостаточность аортального и митрального клапанов;
- ❑ Митральный стеноз II-III стадии;
- ❑ Клапанные протезы в отсутствии эффекта от лечения сердечной недостаточности;
- ❑ Артериальные тромбэмболии, перенесенные во время беременности;
- ❑ Бактериальный эндокардит;
- ❑ Паравульварная фистула;
- ❑ Неудовлетворительный эффект хирургической коррекции пороков сердца или возникающие после нее осложнения;
- ❑ Рестеноз, реканализация, травматическая недостаточность после комиссуротомии;
- ❑ Отек легких, во время беременности;
- ❑ Коарктация аорты, в том числе после опер. коррекции.

# Сахарный диабет и беременность



## **Классификация:**

- Инсулинозависимый СД I типа
- Инсулинонезависимый СД II типа
- Прегестационный СД I и II типа
- Гестационный СД

**Гестационный сахарный диабет (ГСД)** – это нарушение толерантности к глюкозе, возникающее во время беременности и обычно проходящее после родов.

# Течение СД в I половине беременности



- ❑ У большинства протекает без осложнений.
- ❑ В первые недели улучшается толерантность к углеводам, т.к. эстрогены и ХГТ стимулируют выработку инсулина, усиливается периферическое усвоение глюкозы.
- ❑ Требуется снизить дозу инсулина

# Течение СД во II половине беременности

- Ухудшается толерантность к углеводам, т.к. повышается деятельность контринсулярных гормонов (глюкагон, кортизол, пролактин, плацентарный лактоген)
- Повышается уровень гликемии и глюкозурии, возможен кетоацидоз
- Необходимо значительно увеличить дозу инсулина
- Частые осложнения в виде гестоза, многоводия, инфекции мочевыводящих путей, гипоксии плода и угрозы преждевременных родов.

**К концу беременности** в связи со снижением уровня контринсулярных гормонов вновь улучшается толерантность к углеводам. Дозу инсулина необходимо снова снизить.

# Ведение беременности при СД



Основной принцип – стабильная компенсация СД.

Уровень глюкозы в крови :

- Натощак в пределах 3,3-4,4 ммоль/л
- Через 2 ч после еды – до 6,7 ммоль/л

Целесообразно провести 3 госпитализации в стационар.

- I госпитализация при сроке до 20 недель
- II госпитализация - 21-24 недели
- III госпитализация – после 32 недель

Строгое наблюдение за динамикой массы тела, АД, анализами мочи и крови.

В связи с повышением риска аномалий развития плода внедрена система мониторинга (УЗИ-, КТГ - контроль) с 12 недели беременности до родоразрешения.

# Сроки родоразрешения при СД



Определяются с учетом следующих факторов:

- Тяжесть течения СД
- Степень компенсации
- Функциональное состояние плода
- Наличие акушерских осложнений

Т.к. при СД отмечается запоздалое созревание функциональных систем плода, то оптимальными являются **своевременные** роды.

Однако, срок **37-38 недель** также рассматривается как приемлемый для родоразрешения беременных с СД.

# Методы родоразрешения при СД



- **Через естественные родовые пути.**

Необходимо проводить под постоянным КТГ – контролем и контролем уровня глюкозы в крови каждые 2 ч.

- **Оперативное родоразрешение с наложением акушерских щипцов.**

Показано при вторичной слабости родовой деятельности и гипоксии.

- **Кесарево сечение**

При появлении симптомов нарастающей гипоксии, неподготовленных родовых путей в отсутствие эффекта от родовозбуждения.



# Показания для планового кесарева сечения у беременных с СД



Помимо общепринятых:

- ❖ Выраженные/прогрессирующие осложнения СД и беременности
- ❖ Тазовое предлежание
- ❖ Крупный плод
- ❖ Прогрессирующая гипоксия плода

# Пиелонефрит беременных



- **Пиелонефрит**- это неспецифический инфекционно - воспалительный процесс, сопровождающийся поражением интерстициальной ткани почек, канальцев и стенок чашечно-лоханочной системы

## Степени риска

- **I степень** -неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности
- **II степень** - хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности
- **III степень** - пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки

# Этапы лечения острого пиелонефрита

- Восстановление нарушенного пассажа мочи под контролем УЗИ
- Позиционная терапия : больную укладывают на кровать с приподнятым ножным концом в положении на «здоровом» боку с приведенными к животу ногами, что способствует отклонению беременной матки и уменьшению давления на мочеточник
- Катетеризация почечных лоханок
- Чрезкожная пункционная нефропиелостомия
- Щадящие операции : декапсуляция почки, нефростомия

# Медикаментозная терапия



- Антибиотики ( ампициллин, оксациллин, цеפורин)
- Нитрофураны (фурагин)
- Химиопрепараты (5-НОК)
- Инфузионная терапия (лактосол)
- Спазмолитики (платифилин)
- Растительные мочегонные препараты
- Десенсебилизирующие преп-ты (супрастин, тавегил)
- Седативные препараты
- Витаминотерапия

# Гломерулонефрит беременных



**Гломерулонефрит** – инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почки.

## Клинические формы

- НЕФРОТИЧЕСКАЯ
- ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ
- СМЕШАННАЯ (ОТЕЧНО-ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ)
- ЛАТЕНТНАЯ

# Комплексная терапия



- Диета
- Антикоагулянты (гепарин 15 000-20 000 ЕД/сут)
- Дезагреганты (трентал 0,2-0,3 г/сут, курантил 4-6 мг/сут)
- Ацетилсалициловая к-та (0,25-0,5 г/сут)
- Липостабил (2 капс 3 р в день)
- Эссециале-форте (2 капс 3 р в день)
- Витамин Е (100-150 мг/сут)
- Мочегонные фитосборы
- Физиотерапия

# Назначение диеты при различных формах гломерулонефрита

- НЕФРОТИЧЕСКАЯ

Белок -2г/кг массы тела

Соль - до 5 г /сут

Жидкость –до 800 мл/сут

- СМЕШАННАЯ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ

Белок-до 1г /кг массы тела

Соль –до 5г/ сут

Жидкость –до 1л/сут

- ЛАТЕНТНАЯ

Ограничений в диете не устанавливают

# Ведение беременности при гломерулонефрите

Сохранение беременности противопоказано при :

- Гипертонической форме
- Смешанной форме
- Азотемии
- Почечной недостаточности

При тяжелом течении гломерулонефрита  
целесообразно преждевременное  
родоразрешение



# Ведение беременности при гломерулонефрите

Сохранение беременности противопоказано при :

- Гипертонической форме
- Смешанной форме
- Азотемии
- Почечной недостаточности

При тяжелом течении гломерулонефрита  
целесообразно преждевременное  
родоразрешение