

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫ Е ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

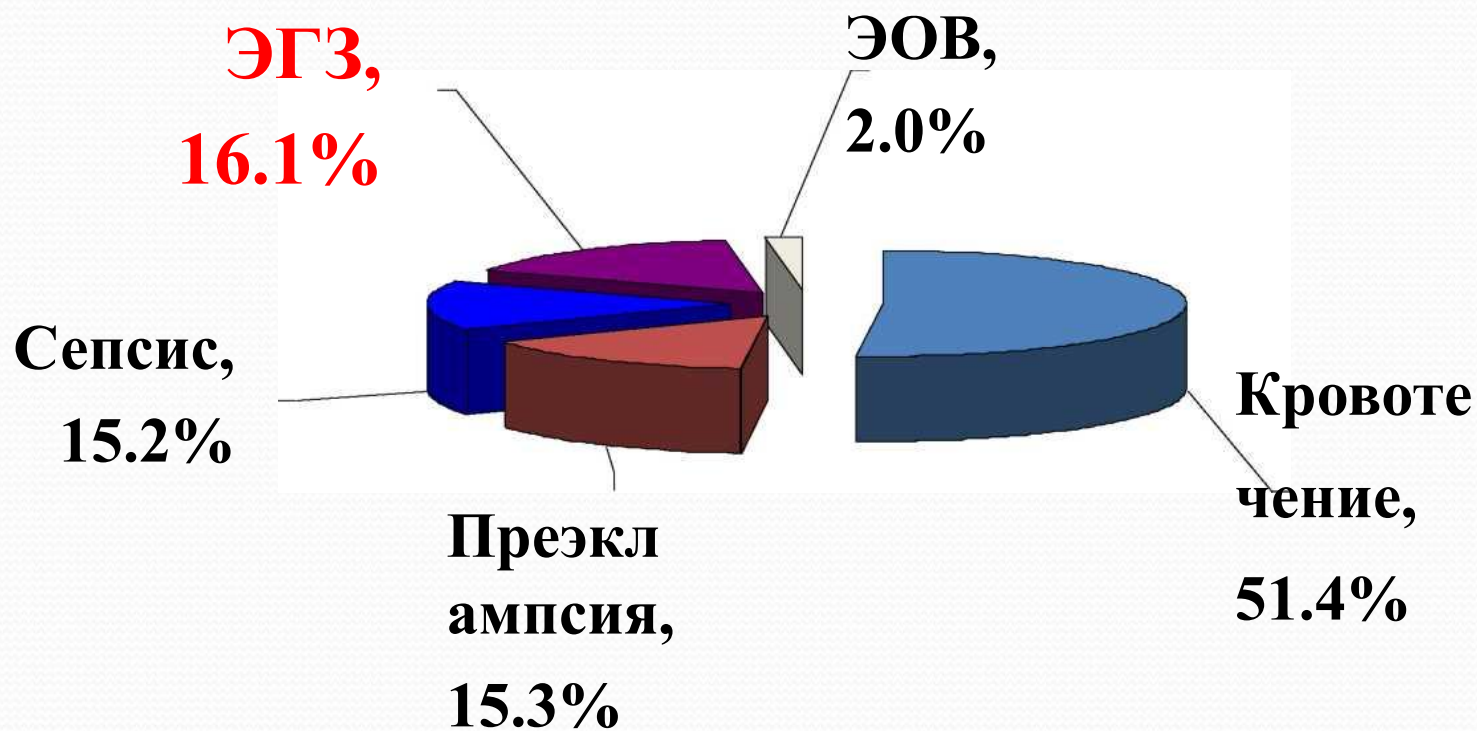
Кафедра акушерства и гинекологии №2

В структуре материнской смертности в РУз ЭГЗ занимают 16,1%.

Из 100% материнской смертности ЭГЗ имели место у 92,8% женщин:

- ЖДА – 45,3%
- Заболевания почек – 15,3%
- Заболевания сердца и сосудов – 9,1%

Структура материнской смертности



Сахарный диабет (ВОЗ)

- Увеличение больных сахарным диабетом отмечено во всем мире
- Больных сахарным диабетом насчитывается более 100 млн.
- Сахарный диабет встречается в 1 случае на 300 беременных
- Сосудистые осложнения при сахарном диабете варьируют в пределах 68-91%

Факторы риска развития СД

- Отягощенный акушерский анамнез (ОАА) – невынашивание, преждевременные роды с макросомией и погибших от болезни гиалиновых мембран, перинатальная смерть детей массой 4500 и больше.
- Неблагоприятный генетический анамнез по СД - ожирение, глюкозурия, заболевания почек, нарушение менструальной и репродуктивной функций.

Стандартный глюкозотолерантный тест

- При нарушенной толерантности к глюкозе:
 - Натощак 5 ммоль\л
 - Через 1 час 9,4 ммоль\л
 - И через 2 часа 7,7 ммоль\л
- При манифестном сахарном диабете:
 - Натощак 7 ммоль\л
 - Через 2 часа 11 ммоль\л

Противопоказания к сохранению беременности при СД

- Инсулинозависимый диабет с быстро прогрессирующими сосудистыми осложнениями /ретинопатия, гломерулосклероз и т.д./
- Наличие лабильных /со склонностью к кетоацидозу/ или инсулинрезистентных форм СД, не поддающихся компенсации.
- Предшествующая длительная декомпенсация с гепатодистрофией, гнойно-воспалительными процессами.
- СД у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания детей /наследственный СД, врожденные пороки развития/.

- Сочетание СД и резус-иммунизации матери.
- Сочетание СД и туберкулеза
- Сочетание СД с заболеванием ССС с нарушением кровообращения и активным ревматизмом.
- При наличии у больной СД детей с врожденными пороками развития или больных СД (неблагоприятные предшествующие перинатальные исходы).

Сроки госпитализации:

- 1 ая - до 12ти недель - цель: решить вопрос о пролонгировании беременности, подбора дозы инсулина и профилактического лечения.
- 2 ая - в 20-24 недель - цель: подбор дозы инсулина, санация очагов инфекции, оценка состояния плода, проведение лечения
- 3 ая - при сроке 32-37 нед. - цель: решается вопрос о сроке и методе родоразрешения, проведение антигипоксической терапии, и терапии для ускорения созревания легочной ткани будущего ребенка.

Аntenатальный контроль за плодом в семейной поликлинике

- Определение α -фетопротеина
- УЗИ (диабетическая фетопатия)
- Определение эстриола с интервалом в 2 дня
- КТГ, Допплер исследование плода

Физиологические изменения во время беременности в Сердечно-Сосудистой Системе(ССС)

- Минутный объем сердца увеличивается
- Повышается работа левого желудочка
- Возрастает ОЦК на 30-50%
- Увеличивается объем внеклеточной жидкости
- ЧСС увеличивается до 88 в 1мин.
- Возрастает влияние регионарного кровообращения на мин. объем сердца
- Расширяются коронарные периферические сосуды

Противопоказания к пролонгированию беременности при заболеваниях ССС

I. Относительные противопоказания.

- Латентно текущий ревмокардит
- Первичный или рецидивирующий ревмокардит в течение 1-2 лет.
- Митраальный стеноз с НК.
- Резко выраженные «чистые» сочетанные и сложные пороки сердца без НК или с НК
- Поражение миокарда с приступами пароксизмальной тахикардии, с полной блокадой и частотой ритма не реже - 40 в мин.

II. Абсолютные противопоказания

- Активно текущий ревмокардит
- Первичный или рецидивирующий ревмокардит в течение последних 12 мес.
- Митральный стеноз с НК и активацией ревматизма.
- Другие «чистые», комбинированные и сложные пороки сердца с НК I или с явлениями легочной гипертензии.
- Поражение миокарда с НК 1, мерцательной аритмией и явлениями ССН, экстрасистолией, с блокадой I-II ст.
- Неэффективная комиссуротомия или рестеноз с НК.

Противопоказания при врожденных пороках:

- Стеноз аорты
- Коарктация аорты 2-3 ст
- Цианотичные формы пороков /тетрада и пептада Фалло и т.д./
- Стеноз легочного ствола
- Проплапс митрального клапана с выраженным пролапсом створок и регургитацией
- Сложные нарушения ритма.
- Все врожденные пороки с НК ПА, ПБ, ПС ст.

Ведение беременности в поликлинике

- 1-ая госпитализация до 12 нед. беременности. Цель: уточнение диагноза, решения вопроса о пролонгирование беременности и антирецидивной терапии
- 2-ая госпитализация в 26--32 нед. Цель: проведение повторного обследования, оценка состояния плода и антирецидивной терапии
- 3-я госпитализация в 36-38 недель Цель: дородовая подготовка, коррекция выявленных нарушений в системе мать-плацента-плод, выбор метода и срока родоразрешения.

Принципы лечения ССП

- Постельный режим
- Салицилаты
- Сердечные гликозиды
- Периферические вазодилататоры
- Диуретики
- Препараты улучшающие обменные процессы
- Гепатопротекторы

Анемия во время беременности

остаётся достаточно распространённой в некоторых регионах, и поэтому занимает значительное место в причинах материнской заболеваемости и смертности.

В настоящее время этиология анемии хорошо известна, и существует общепринятая стратегия её профилактики.

Проблемы будут сохраняться в странах, где отмечается недостаток обученного медицинского персонала, адекватного оборудования для проведения обследования, где беременные женщины не соблюдают рекомендации по мерам профилактики.

Частота анемии беременных довольно высока и колеблется от 15% до 30%. Около 90% всех анемий у беременных приходится на долю железодефицитной (ЖДА).

Физиологическая анемия

ОЦК при беременности увеличивается в среднем на 30%, при этом скорость и величина прироста объёма плазмы выше, чем форменных элементов:

- объем плазмы увеличивается не меньше, чем на 40%,
- а масса красных клеток увеличивается на 18-25% (при условии достаточного исходного уровня железа).

Поэтому к 32-й неделе происходит физиологическое снижение уровня гемоглобина, вследствие так называемой физиологической гемодилюции.

Состояние гиперкоагуляции связано с повышением концентрации факторов свертывания крови и препятствует чрезмерной кровопотере в родах, но в то же время предрасполагает к возникновению тромбозов и тромбоэмболий.

Ценность увеличенного ОЦК

- Снижается вязкость
- Предупреждается тромбоз
- Снижается периферическое сопротивление
- Снижается кардиоваскулярная нагрузка
- Предупреждается обморок

Предупреждается острая кровопотеря

Предупреждается гемоконцентрация в случае
преэклапсии

Единственная опасность: в случае сердечной или
почечной недостаточности

Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO
EURO, Copenhagen, 2002.

Характерные признаки гемодилюции:

- параллельное уменьшение гемоглобина и эритроцитов, вследствие чего цветовой показатель сохраняется в пределах 1,0 или, по крайней мере, не снижается ниже 0,85.
- Отсутствуют изменения эритроцитов, обусловленные железодефицитным состоянием (анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз, гипохромия).
- периферическая кровь характеризуется нейтрофильным лейкоцитозом, лимфопенией, отсутствием эозинофилов, умеренным снижением тромбоцитов (до 150 000). клинически это состояние протекает бессимптомно.

Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000.

- Совершенно нормальная гематологическая адаптация к беременности часто интерпретируется как требующая коррекции недостаточность железа.
- Добавление железа предпринимается с двумя целями: во-первых, попытаться вернуть гематологические показатели к исходному уровню до беременности, что является труднодостижимым и ненужным, и, второе, - улучшить исходы беременности и здоровье матери в будущем.
- Разумеется, первая задача может быть выполнена, вопрос заключается только в том, принесет ли «нормальная» картина крови пользу женщине и плоду.

Профилактика ЖДА показана следующим беременным

- в популяциях, где дефицит железа является общей проблемой населения;
- с обильными и длительными менструациями, предшествовавшими беременности;
- при беременностях, следующих друг за другом;
- при многоплодной беременности

● 2002

Причины железодефицитной анемии

- Ежедневная потребность взрослого человека в железе составляет около 2 мг.
- Обычная диета обеспечивает от 5 до 15 мг основного железа в день, из них в ЖКТ всасывается лишь 10% (0,5-1,5мг)..
- Во время беременности потребность в железе повышается до 15-18 мг/сут в связи с усилением эритропоэза у беременной и ростом плода. В целом за весь период беременности расходуется около **1220** мг железа:
 - 500 мг на усиление эритропоэза
 - 300 мг на развитие фетоплацентарной системы
 - 190 мг текущий расход железа
 - 230 мг теряется во время родов

Поступление железа составляет 760 мг в основном с пищей. Недостающие 460 мг восполняются за счет запасов железа в организме или при приеме препаратов железа.



Причины анемии

- Повышенная утилизация железа
- Нарушение усвоения железа
- Короткие интервалы между беременностями (менее 2 лет)
- Недостаток железа и/или фолиевой кислоты
- Гемоглобинопатии:
 - Мишеневидно-клеточные гемолитические анемии
 - Серповидно-клеточные анемии

Информация предоставлена в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации

WHO EURO, 2002

Женщины с высоким риском развития анемии



- Вегетарианцы
- Подростки
- Курильщики
- С низким социально-экономическим статусом
- Множественные беременности в анамнезе
- С недостаточным потреблением калорий

Эффективная антенатальная помощь и уход (ЭАПУ)

Клинические проявления анемии

- Бледность слизистых оболочек, кожи и ладоней
- Быстрая утомляемость и апатия
- Сухость кожи
- Одышка
- Тахикардия

© 2004 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

WHO EURO, 2002



© 2004 Pearson Education, Inc. All rights reserved.



04-04

При дефиците железа у беременных возникает не только железодефицитная анемия, но и другие нарушения:

вследствие снижения синтеза миоглобина развивается

- быстрая утомляемость,
- слабость,
- возможна потеря аппетита,
- одышка и
- отеки, из-за нарушения активности миелопероксидаз лейкоцитов возникают нарушения иммунитета.
- При тяжелой анемии нарушается основная функция эритроцитов - доставка кислорода к тканям организма и возникающие при анемии патологические изменения связаны, прежде всего с гипоксией. Удовлетворительное состояние плода отмечается только при нетяжелых формах анемии.
- Выраженный дефицит железа способствует увеличению риска преждевременных родов, задержке роста плода.
- При тяжелом дефиците железа у матери, особенно в последние два месяца беременности, новорожденные склонны к ранним детским анемиям, инфекциям пищеварительной системы и дыхательных путей.

Степени анемии

- Легкая – гемоглобин **110-90** г/л , гематокрит 37-31%
- Средняя – гемоглобин **89-70** г/л , гематокрит 30-24%
- Тяжелая – гемоглобин **69-40** г/л , гематокрит 23-13%
- Крайне тяжелая – гемоглобин меньше **40** г/л , гематокрит меньше 13 %
- WHO EURO, Copenhagen, 2002.

Группа риска по развитию анемии:

- беременные старше 35 лет
- имеющие в анамнезе 4 и более родов
- ЭГЗ
- самопроизвольные выкидыши
- ПОНРП
- с кровотечениями в родах в анамнезе
- с анемией в предыдущих родах
- с осложнениями данной беременности
- хронические инфекционные заболевания

Лечение в поликлинике

- Здоровый образ жизни
- Диетотерапия
- Витаминотерапия
- При Hb 110 г\л саплементация препаратов железа

- В регионах с широким распространением анемии – саплементация железа 60 мкг/сут в течение всего периода беременности.



Рекомендации по питанию при анемии

- **Продукты богатые железом:**
 - Мясо и рыба
 - Яйца и растения с зелеными листьями

- **Цитрусовые (аскорбиновая кислота) –**
помогают усвоению железа

- **Чай, кофе, большое количество злаков и**
молочных продуктов уменьшают
всасывание железа

Информация подготовлена по материалам ВОЗ

МАЕР, 1995

АНЕМИЯ

За исключением истинной анемии (ниже 70 г/л) лучшие перинатальные исходы соответствуют более низким уровням гемоглобина, традиционно считавшимся патологически низкими

Если необходимо, железо назначается по 2 мг/кг массы в сутки, ежедневно, в течение 3-6 месяцев.

Противопоказания к беременности

- ЖДА хроническая 3 степени
- Гемолитическая анемия
- Гипо- и аплазия костного мозга
- Лейкоз
- Болезнь Верльгофа с частыми обострениями

Выделяют 3 степени риска пиелонефрита:

- 1 - ст - неосложненный гестационный пиелонефрит
- 2 – ст - ХП - Пиелонефрит до беременности
- 3 - ст - П и гипертензия; П и азотемия; П и единственная почка

Противопоказания к беременности при заболеваниях почек

- 3 степень риска пиелонефрита (3 - ст - II и гипертензия; II и азотемия; II и единственная почка)
- Гипертоническая и смешанная форма хронического гломерулонефрита
- МКБ с признаками почечной недостаточности

Ведение беременности в поликлинике

- 1-ая госпитализация до 12 нед.

Цель: обследование и решение вопроса о пролонгировании беременности

- 2-ая госпитализация в 24-28 нед.

Цель: обследование и профилактическое лечение

- 3-я госпитализация в 38 нед.

Цель: дородовая подготовка

Лечение в Семейной Поликлинике

- Диетотерапия
- Антибактериальная терапия
- Противовоспалительные препараты
- Десенсибилизирующая терапия
- Токолитики (при угрозе преждевр.родов)

ЗАТРУДНЕННОЕ ДЫХАНИЕ

- Проблема

- У женщины отмечается затрудненное дыхание в течение беременности, в родах или после родоразрешения.

- Основная тактика

- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температура).
- Положите женщину на левый бок
- Начните в/в инфузию и переливайте жидкости в/в
- Дайте кислород 4-6 л/мин через маску или носовой катетер.
- Определите уровень гемоглобина.

Диагностика

Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие	Иногда присутствующие симптомы и признаки	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none">• Затрудненное дыхание• Бледность конъюнктивы, языка, ногтевых фаланг и/или ладоней• Гемоглобин 7 г/дл или менее• Гематокрит 20% или менее	<ul style="list-style-type: none">• Сонливость и быстрая утомляемость• Плоские или вогнутые ногти	Тяжелая анемия
Симптомы и признаки тяжелой анемии	Отеки <ul style="list-style-type: none">• Кашель• Хрипы	Сердечная недостаточность вследствие анемии,

<ul style="list-style-type: none"> • Затрудненное дыхание • Диастолические шумы и/или • Грубый систолический шум с прощупываемым дрожанием 	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушение ритма сердца • Увеличенное сердце • Хрипы • Цианоз (синюшность) • Кашель • Отек нижних конечностей • Увеличенная печень • Набухание шейных вен 	Сердечная недостаточность вследствие заболеваний сердца, стр.В-125
<ul style="list-style-type: none"> • Затрудненное дыхание • Высокая температура • Кашель с мокротой • Боль в груди 	<ul style="list-style-type: none"> • Уплотнение легочной ткани • Осиплость голоса • Частое дыхание • Хрипы/свисты 	Пневмония, стр.В-126
<ul style="list-style-type: none"> • Затрудненное дыхание • Шумное дыхание 	<ul style="list-style-type: none"> • Кашель с мокротой • Хрипы/свисты 	Бронхиальная астма, стр.В-127
<ul style="list-style-type: none"> • Затрудненное дыхание • Гипертензия • Протеинурия 	<ul style="list-style-type: none"> • Хрипы • Кашель с пенистой мокротой 	Отек легких, связанный с преэклампсией

Тяжелая анемия Лечение

- При необходимости перелейте кровь (стр.А-24):
 - о используйте компоненты крови;
 - плазму;
 - о введите 40 мг фуросемида в/в после переливания каждой единицы крови.
 - • Назначьте сульфат железа или фумерат железа 120 мг перорально ПЛЮС
 - фолиевую кислоту 400 мкг перорально один раз в день на протяжении 6
 - месяцев в течение беременности. Продолжите лечение в течение 3 месяцев
 - после родов.
 - .

Сердечная недостаточность, развившаяся вследствие анемии

- • Переливание крови необходимо почти во всех случаях, когда сердечная
- недостаточность вызвана анемией (стр.А-24):
- о используйте консервированные или осажденные эритроциты, как это уже
- было описано в разделе тяжелая анемия (см. выше);
- о вводите 40 мг фуросемида в/в после переливания каждой единицы крови.

Сердечная недостаточность, развившаяся вследствие заболевания сердца

- • Лечите острую сердечную недостаточность. Используемые лекарства могут
- включать:
- о морфин 10 мг в/м однократно;
- о ИЛИ 40 мг фуросемида в/в, повторите при необходимости;
- о ИЛИ дигоксин 0,5 мг в/м однократно;
- о ИЛИ нитроглицерин 0,3 мг под язык, повторите через 15 минут при необходимости.
- • Направьте женщину в госпиталь третичного уровня, если это необходимо.
- Увлажнённый кислород

Пневмония

- Воспалительный процесс в легких поражает паренхиму легких и вовлекает в
- процесс бронхиолы и альвеолы. Это уменьшает дыхательный объем легких, что тяжело
- переносится беременными женщинами.
- • Для подтверждения диагноза пневмонии может потребоваться рентгенологическое исследование грудной клетки.
- • Назначьте эритромицин 500 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней.
- • Назначьте ингаляцию паром.
- Рассмотрите возможность наличия туберкулеза у женщины в тех районах, где он распространен.

Бронхиальная астма

- Бронхиальная астма осложняет 3-4% беременностей. Беременность связана с
- ухудшением симптомов у одной трети женщин, страдающих бронхиальной астмой.
- • При наличии бронхоспазма, используйте бронхолитики (например,
- сальбутамол 4 мг перорально каждые 4 часа или 250 мкг аэрозоля каждые
- 15 минут до трех доз).
- • Если нет эффекта от бронхолитиков, при необходимости используйте
- кортикостероиды, такие как гидрокортизон в/в 2 мг/кг веса каждые 4 часа.

- • Если имеются признаки инфекции (бронхит), назначьте ампициллин 2 г в/в
- каждые 6 часов.
- • Избегайте назначения простагландинов. Для предотвращения и лечения
- послеродовых кровотечений, используйте окситоцин 10 ЕД в/м или
- эргометрин 0,2 мг в/м.
- • После купирования обострения, продолжите лечение ингаляционными
- бронхолитиками и ингаляционными кортикостероидами для
- предупреждения повторных обострений.