

# Экстрагенитальная патология

*Заболевания сердечно-сосудистой  
системы*

---



- Одно из самых тяжелых экстрагенитальных патологий у беременных являются заболевания сердечно-сосудистой системы, и основное место среди них занимают пороки сердца. Беременных с пороками сердца относят к группе высокого риска материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Это объясняют тем, что беременность накладывает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему женщин.





- Вопрос о допустимости иметь беременность и роды женщине, страдающей сердечно-сосудистыми заболеваниями, должен решаться еще до замужества. В случае возникновения беременности, родов и послеродового периода, этот вопрос должен решаться совместно кардиологом с акушером-гинекологом, а при необходимости с привлечением врачей других специальностей.



- В период беременности, повышенная нагрузка на сердечно-сосудистую систему вызывает физиологически изменения гемодинамики и функции сердца.





- **Сердечный выброс.** В состоянии покоя максимальное увеличение сердечного выброса составляет 30-45% от величины его до беременности. Нарастание этого показателя происходит уже на 4-8-й неделе и он может превышать среднюю величину сердечного выброса здоровых небеременных женщин на 15%.
- Благодаря возрастающему притоку крови к сердцу, уменьшению размеров матки, повышению вязкости крови вновь усиливается работа сердца на 3-4 день после родов. Все это может угрожать женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями развитием декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них.



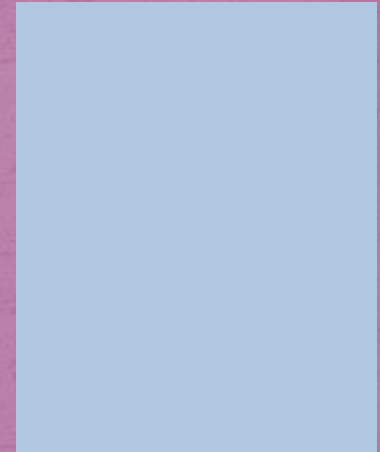
## ● **Объем циркулирующей крови**

- увеличивается уже в первом триместре беременности и достигает максимума к 29-36-й неделе. В родах изменения ОЦК обычно не отмечается, но он заметно снижается (на 10-15%) в раннем послеродовом периоде. Вследствие резкого выключения маточно-плацентарного кровообращения, устранения давления на нижнюю полую вену сразу после рождения плода происходит быстрое увеличение ОЦК, которое больное сердце не всегда может компенсировать увеличением сердечного выброса.





- **Потребление организмом кислорода** во время беременности нарастает и перед родами превышает исходный уровень на 15-30%. Это связано с ростом метаболических потребностей плода, матери и увеличением нагрузки на материнское сердце. Кроме того, выявлена прямая зависимость между массой тела плода и степенью увеличения потребления кислорода матерью.



# Синдром сдавления нижней полой вены.

- Это проявление недостаточной адаптации сердечно-сосудистой системы к обусловленному увеличению давления матки давлению на нижнюю полую вену и уменьшению венозного возврата крови к сердцу, вследствие чего происходит снижение АД (при резком снижении наступает обморок), а при падении систолического АД - потеря сознания.





- ССНПВ может проявляться *беспокойством, чувством нехватки воздуха, учащением дыхания, головокружением, потемнением в глазах, побледнением кожных покровов, потоотделением, тахикардией.*
- Чаще всего синдром возникает при
  - -многоводии,
  - -беременности крупным плодом,
  - -при артериальной и венозной гипотонии,
  - -при многоплодии,
  - -у беременных маленького роста.
- Отмечается резкое повышение венозного давления на ногах при измененном венозном давлении на руках.



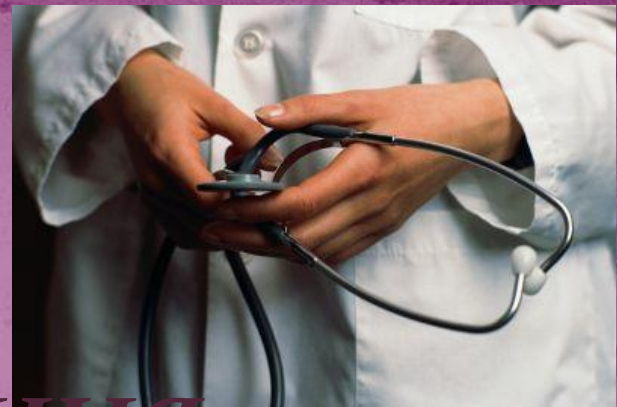
- Особого лечения обычно не требуется. При возникновении синдрома сдавления нижней полой вены достаточно *немедленно повернуть женщину на бок*. Необходимо знать, что при выраженном длительном сдавлении нижней полой вены снижается маточный и почечный кровоток, ухудшается состояние плода. Возможны такие осложнения, как
  - -преждевременная отслойка плаценты,
  - -тромбофлебиты и варикозное расширение вен нижних конечностей,
  - -острая и хроническая гипоксия плода.



# ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

- Приобретенные ревматические пороки сердца составляют от 75% до 90% поражений сердца у беременных.
- Наиболее частой формой ревматического порока сердца является **митральный стеноз**
- Второй по частоте порок (6-7%) - это **недостаточность митрального клапана**. Как правило, при данном пороке, при отсутствии выраженной регургитации нарушений сердечного ритма и недостаточности кровообращения беременность заметно не ухудшает течение заболевания сердца.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ  
СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ





- **Анамнез** - сведения о времени возникновения заболевания ревматизмом, длительности существования порока сердца, количестве перенесенных ревматических атак, нарушениях кровообращения и т.д.
- **Электрокардиография** - регистрация электрических явлений, возникающих в сердечной мышце при ее возбуждении.
- **Векторкардиография** - выявление признаков гипертрофии отделов сердца.
- **Фонокардиография** - метод регистрации звуков (тоны и шумы), возникающих в результате деятельности сердца, и применяют для оценки его работы и распознавания нарушений, в том числе пороков клапана.
- **Эхокардиография** - применяют для изучения гемодинамики и кардиодинамики, определения размеров и объемов полостей сердца, оценки функционального состояния миокарда. Метод безвреден для матери и плода.

- **Реография** - для определения состояния тонуса сосудов, их эластичности, кровенаполнения при беременности.
- **Пробы с нагрузкой** - для оценки функционального состояния миокарда. Пробы с нагрузкой на велоэргометре до частоты сердечных сокращений 150 в минуту применяют и у беременных.
- **Исследования функции внешнего дыхания и кислотно-щелочного состояния.**
- **Исследования крови.**





**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ  
БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У  
ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ  
СИСТЕМЫ**



- Большие нагрузки на сердечно-сосудистую систему при беременности происходят на 7-8-м акушерском месяце беременности и во время родов. Поэтому беременные должны быть госпитализированы в стационар не менее трех раз:
- **I-ая госпитализация** - *на 8-10-й неделе* беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности.





- **При митральном стенозе I ст.** беременность может быть продолжена при отсутствии обострения ревматического процесса.
- **Недостаточность митрального клапана** является противопоказанием к беременности: при наличии сердечной слабости или активизации ревматического процесса, при его сочетании с нарушением ритма сердца и недостаточностью кровообращения.
- **Стеноз аортального клапана** - беременность противопоказана при признаках недостаточности миокарда, при значительном увеличении размеров сердца беременной.
- **Недостаточность аортального клапана** - прямые противопоказания.
- **Острый ревматический процесс или обострение хронического** – противопоказание к беременности.

- **II-ая госпитализация** - на 28-30-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок.
- **III-я госпитализация** - на 37-38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.



© Lily A. Seidel 2008





- При появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии больную *необходимо госпитализировать независимо от срока беременности*. При неэффективности лечения, наличии противопоказаний к оперативному вмешательству на сердце принимают *решение о прерывании беременности*. Беременность сроком свыше 26 недель следует прерывать с помощью абдоминального кесарева сечения.



- **Показания для проведения кесарева сечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями:**
- недостаточность кровообращения II-Б - III стадии;
- ревмокардит II и III степени активности;
- резко выраженный митральный стеноз;
- септический эндокардит;
- коарктация аорты или наличие признаков высокой артериальной гипертонии или признаков начинающегося расслоения аорты;
- тяжелая стойкая мерцательная аритмия;
- обширный инфаркт миокарда и признаки ухудшения гемодинамики;
- сочетание заболевания сердца и акушерской патологии.
- **Противопоказание к операции кесарева сечения - тяжелая легочная гипертония.**



- Показания для консервативного ведения родов:
- компенсация кровообращения у больных с недостаточностью митрального клапана;
- компенсация кровообращения у больных с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза левого атривентрикулярного отверстия;
- аортальными пороками сердца
- при обязательном обезболивании родов.
- Для профилактики возникновения или усугубления сердечной недостаточности следует начинать с в/м введения 2 мл 0,5% раствора диазепама и 1 мл 2% промедола уже с момента появления первых схваток.



# *БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ*

- Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, невынашивание, гестоз и анемия.
- Наиболее частыми осложнениями в родах являются несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, разрывы промежности. Последовый и послеродовый период у 12,3-23,4% женщин осложняет кровотечение, субинволюция матки, лохиометра и эндомиометрит. Сравнительно небольшая кровопотеря (400-500 мл) у рожениц с артериальной гипотензией часто вызывает тяжелый коллапс.



- При артериальной гипотензии частота внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного составляет 30,7%, увеличивается количество родовых травм до 29,2%, число недоношенных детей до 17% и детей с гипотрофией I-II степени до 26,1%. Оценка состояния детей по шкале Апгар статистически достоверно снижена.
- Беременным с артериальной гипотонией назначают экстракт элеутерококка или пантокрина по 20-25 кап. 3 раза в сутки, 10% раствор кофеин бензоата натрия по 1 мл подкожно, тиамин, пиридоксин по 1 мл в/м ежедневно, внутривенное вливание 5% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой.



# *БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ*

- Клиническая картина гипертонической болезни при беременности мало чем отличается от гипертонической болезни у не беременных женщин и зависит от стадии заболевания.
- Правильно собранный анамнез, в том числе и семейный, помогает в диагностике гипертонической болезни. Следует обратить внимание на данные профосмотров в школе, на работе. Если у беременной повторные роды, выяснить течение предыдущих. При анализе жалоб больной следует обратить внимание на головные боли, кровотечения из носа, боли в области сердца и др.



- При дифференциальной диагностике с гестозом второй половины беременности следует помнить, что при I и II стадии гипертонической болезни, как правило, отсутствуют изменения в моче, нет отеков, снижения суточного диуреза, гипопротеинемии.



●

# *ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ*





## ● Осложнения:

- Сочетанный гестоз, который проявляется с 28-32-ой недели беременности;
- Нарушения функции плаценты - гипоксия, задержка внутриутробного развития плода, гибель плода;
- Отслойка нормально расположенной плаценты.
- Быстрые, стремительные или затяжные роды;
- Гипотонические маточные кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.



- **I-я госпитализация** – до 12 недель беременности. При обнаружении II А стадии заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др.
- II Б и III стадии служат показанием для прерывания беременности.
- **II-я госпитализация** в 28-32 недели – период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обследование больной и коррекцию проводимой терапии.
- **III-я госпитализация** должна быть осуществлена за 2-3 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.





- Роды чаще проводят через естественные родовые пути. В первом периоде необходимо адекватное обезболивание, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия. В период изгнания гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В зависимости от состояния роженицы и плода II период сокращают, производя перинеотомию или наложение акушерских щипцов. В III период родов осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода.



## ● ЛЕЧЕНИЕ

- Терапия гипертонической болезни включает в себя создание для больной психоэмоционального покоя, строго выполнения режима дня, диеты, медикаментозной терапии и физиотерапии.
- **Медикаментозное лечение.** Применяют следующие гипотензивные средства: вазодилататоры и антагонисты кальция (апрессин, нифедипин, фенитидин), препараты, действующие на различные уровни симпатической системы, включая  $\alpha$  и  $\beta$ -адренорецепторы (анаприлин, клофелин, метилдофа); спазмолитики (дибазол, папаверин), диуретики (фуросемид, триампур).
- **Физиотерапевтические процедуры** включают в себя электросон, индуктотермию области стоп и голеней, диатермию околопочечной области. Большой эффект оказывает гипербарическая оксигенация.
- Для профилактики плацентарной недостаточности применяют поливитаминно-минеральные комплексы, препараты, улучшающие метаболизм – актовегин, рибоксин, пирацетам.





- **ПРОФИЛАКТИКА:**

- Профилактические меры осложнений беременности и родов при гипертонической болезни - контроль за состоянием беременной женщины в условиях женской консультации со стороны врача акушера-гинеколога, акушерки, терапевта. Настоятельные рекомендации о необходимости соблюдения режима труда и отдыха, исключение физической и психоэмоциональных нагрузок, до 30 недель перевод на более легкий труд. С седативной целью прием препаратов растительного происхождения (валериана, пустырник, новопассит и др.). Обязательная трехразовая госпитализация в стационар беременной даже при хорошем самочувствии и эффективная амбулаторная гипотензивная терапия.



Спасибо за внимание!

