



ЭКСТРАГЕНИТАЛЬН АЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

*Выполнила: Журавлева К.Л.
Группа Л1-С-О-163(1)*

Преподаватель: и.о. зав. каф. Акушерства и гинекологии Румянцева З.С.

Экстрагнитальная патология (ЭГП) - это многочисленная группа разнообразных и разнозначных болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.



Первичная

(не связанная с беременностью)

А) Хроническая

(до наступления беременности);

Б) Острая

(впервые возникла во время беременности)

Вторичная (связана с беременностью)

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ (%)



Основные проблемы, связанные с наличием у беременной ЭГП

Проблемы, связанные с ЭГП беременных

Материнские

Терапевтические (соматические)

Акушерские

Перинатальные

- Влияние беременности на течение основного заболевания
- Усложнение клинической диагностики
- Ограниченность диагностических и лечебных возможностей

- Влияние основного заболевания на течение беременности, родов и послеродового периода
- Специфические акушерские риски
- Прерывание беременности, досрочное родоразрешение
- Необычный способ родоразрешения

- Влияние заболевания матери на плод
- Действие лекарственных средств на плод
- Недоношенность

ЭГП может существенно влиять на состояние плода и таким образом повышать перинатальную смертность. К наиболее перинатально значимым патологиям относятся сахарный диабет, артериальная гипертензия, гломерулопатии, некомпенсированная дисфункция щитовидной железы.

Ключевым вопросом, требующим решения в 1 триместре, является вопрос о **допустимости беременности**. На сегодняшний день в РФ не существует всеобъемлющего перечня противопоказаний к вынашиванию беременности или показаний к прерыванию беременности на ранних сроках.



На практике вопрос о вынашивании беременности у женщины с ЭГП решается после комплексного обследования консилиумом с участием профессионального специалиста, терапевта женской консультации и участкового акушера-гинеколога. Если беременность противопоказана, больной подробно и доходчиво объясняют риски. И в том случае, если пациентка дала согласие на прерывание беременности, проводится вакуумный мини-аборт или инструментальное одномоментное прерывание беременности с последующим мультидисциплинарным наблюдением. Если беременность допустима или больная отказалась от предложенного прерывания беременности, то необходимо оценить ее состояние на данный момент, то есть определить показания для госпитализации. В случае стабильного удовлетворительного состояния больной (при отсутствии показаний для стационарного лечения), она остается под наблюдением врача женской консультации. При необходимости - госпитализация в отделение, профильное по ее основному заболеванию.

При оценке риска беременности следует учитывать не только диагноз, но и стадию и фазу основного заболевания, его течение, характер и тяжесть осложнений, наличие сопутствующей патологии, функциональное состояние органов и систем, резервные возможности и уровень работоспособности, возраст больной, акушерский анамнез. Выделяют **общие противопоказания** - синдромы (состояния), которые могут сопровождать любое заболевание, и **частные противопоказания** - при отдельных заболеваниях.

В подавляющем большинстве во время беременности течение заболевания ухудшается

Болезни сердечно-сосудистой системы

Актуальность

В структуре экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) составляют ~10% и представлены, наряду с артериальной гипертонией (АГ), врожденными и приобретенными пороками сердца (ВПС и ППС), аритмиями и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), диагностика и лечение которых в период беременности представляют определенные трудности, связанные не только с ограничением диагностических возможностей, но и с выбором медикаментозного лечения.

Противопоказания к вынашиванию беременности при заболеваниях ССС

Общие противопоказания:

- Недостаточность кровообращения 2Аи выше стадии;
- Мерцательная аритмия и другие тяжелые нарушения сердечного ритма (желудочковая тахикардия, полуторная экстрасистолия);
- Полная АВ-блокада 2-3 степени с приступами Морганьи-Эдемса-Стокса;
- Легочная гипертензия 2-3 степени;
- Кардиомегалия;
- Инфекционный эндокардит.

Частные противопоказания:

А) Приобретенные пороки сердца:

- Наличие признаков активного ревматического процесса;
- Митральный стеноз 2 и выше стадии;
- Недостаточность митрального клапана 3 и выше стадии;
- Комбинированные митральные пороки;
- Аортальные пороки 2 и 3 степени;
- Многоклапанные пороки сердца: митрально-аортальные пороки, митрально-трикуспидальные пороки, митрально-аортально-трикуспидальные пороки;
- Ревматический коронариит с явлениями коронарной недостаточности.

Б) Врожденные пороки сердца. При врожденных пороках сердца учитывают характер, стадию порока, давление в малом круге кровообращения (стадию легочной гипертензии), наличие недостаточности кровообращения, цианоза, размера сердца, переносимость физических нагрузок.

- Все пороки синего типа (болезнь Фалло, транспозиция магистральных сосудов, общий аортальный ствол);
- Открытый артериальный проток, дефект межпредсердой/межжелудочковой перегородки при наличии легочной гипертензии и СН;
- Дефект аорто-легочной перегородки;
- Изолированный стеноз легочной артерии 2 и 3 стадии;
- Коарктация аорты;
- Стеноз устья аорты с недостаточностью кровообращения;
- Субаортальный стеноз;
- Аномалия Эбштейна.

В) Оперированное сердце. У женщин, оперированных на сердце, при решении вопроса о допустимости беременности учитывают вид перенесенной операции, ее гемодинамический эффект, давность, возраст, при котором она выполнена, наличие осложнений отдаленного послеоперационного периода, сопутствующих некорригированных пороков сердца, нарушений сердечного ритма, недостаточности кровообращения.

Показаниями к прерыванию беременности являются:

- Неудовлетворительный результат операции;
- Тяжелые осложнения отдаленного послеоперационного периода;
- Наличие гемодинамически значимых сопутствующих пороков сердца;
- После отдельных видов операций беременность противопоказана.

Митральная комиссуротомия:

- Выраженный рестеноз;

Г) Протезирование клапанов сердца:

- Закрытие артериального протока, межпредсердного или межжелудочкового дефекта:
 - Решунтирование;
 - Остаточная легочная гипертензия;
- Устранение стеноза легочной артерии:
 - Неудовлетворительный результат операции
- Коррекция пороков Фалло:
 - Решунтирование межпредсердного или межжелудочкового дефекта;
 - Недостаточное устранение стеноза легочной артерии;
 - Состояние после паллиативных операций
- Коррекция коарктации аорты:
 - Сохранение артериальной гипертензии более 160 мм рт ст.

Д) Артериальная гипертония. При наличии артериальной гипертонии необходимо учитывать ее генез (эссенциальная, симптоматическая), стадию по классификации ВОЗ, форму, вариант течения, состояние глазного дна, поражение органов-мишеней и наличие осложнений (мозговые кровоизлияния, энцефалопатия, ретинопатия, недостаточность кровообращения).

- ГБ 1 ст., умеренная и тяжелая АГ;
- ГБ 2 ст., умеренная и тяжелая АГ;
- ГБ 3 ст.;
- Симптоматическая АГ - умеренная и тяжелая АГ;
- Нейрогенные гипертонии, обусловленные очаговыми повреждениями или заболеваниями ГМ или СМ;
- Симптоматическая АГ эндокринного генеза: болезнь Конна, феохромоцитомы, болезнь Иценко-Кушинга.

Е) ИБС. У беременных встречается относительно редко. Необходимо учитывать частоту и тяжесть приступов стенокардии, давность и характер острого нарушения коронарного кровообращения в анамнезе, наличие кардиосклероза и недостаточности кровообращения, нарушений сердечного ритма, сократительной способности миокарда, толерантность к физическим нагрузкам.

- Острый ИМ;
- Постинфарктный кардиосклероз;
- Стенокардии;
- ЭКГ-признаки выраженной коронарной недостаточности;
- Значительное снижение сократительной способности миокарда, СН 2 и 3 стадии;
- Тяжелые нарушения сердечного ритма.

Ж) Некоронарогенные заболевания миокарда.

- Кардиомиопатия (все формы);
- Острый эндокардит;
- Миокардитический кардиосклероз с тяжелыми нарушениями сердечного ритма или СН 2-3 стадии;
- Миокардиодистрофии с СН 2-3 стадии и тяжелыми нарушениями ритма.

Другие заболевания ССС:

- Аневризмы крупных сосудов или сердца;
- Первичная легочная гипертензия (болезнь Аэрза);
- Экссудативный перикардит;
- Геморрагический ангиоматоз (болезнь Рандю-Ослера);
- Заболевания артерий с выраженным нарушением периферического кровотока (облитерирующий эндартериит, тромбангиит, неспецифический аортоартериит).

Болезни органов дыхания

При бронхо-легочной патологии учитывается: характер болезни, стадия, наличие гнойно-воспалительных осложнений, состояние функции внешнего дыхания и газообмена, выраженность ДН и СН.

Общие противопоказания:

- ДН 2 степени и выше;
- Легочное сердце (легочно-сердечная недостаточность);
- Гнойно-воспалительные заболевания органов дыхания;
- Диффузный пневмосклероз;
- Амилоидоз.

Частные противопоказания:

- БА 3-4 степени;
- Хроническая пневмония с частыми обострениями;
- Бронхоэктатическая болезнь;
- Булезная болезнь легких;
- Эмфизема легких с легочной недостаточностью;
- Пороки развития органов дыхания с ДН или гнойно-воспалительными процессами;
- Профессиональные заболевания легких с ДН;
- Экссудативный плеврит (любой этиологии).

Заболевания почек

У женщин с заболеваниями почек учитывается характер и течение заболевания, стадия, состояние глазного дна, наличие и выраженность гипертензионного синдрома и почечной недостаточности.

Общие противопоказания:

- Почечная недостаточность;
- Симптоматическая АГ умеренная и тяжелая.

Частные противопоказания:

● Гломерулонефрит:

- острый ГН;
- подострый злокачественный ГН;
- хронический ГН: нефротическая и смешанная формы.

● Пиелонефрит:

- пиелонефрит единственной почки;
- хронический пиелонефрит с частыми обострениями;
- гнойный пиелонефрит и пионефроз.

● Гидронефроз:

- гидронефроз единственной почки;
- двухсторонний гидронефроз;
- нефролитиаз с частыми приступами почечной колики;
- туберкулез почек;
- амилоидоз почек;
- поликистоз;
- аномалии развития почек с гнойно-воспалительными процессами.

Заболевания печени и желчевыводящих путей

При патологии ГБС учитывается характер заболевания, активность процесса, функциональное состояние печени и системы гемостаз, наличие гепатоцеллюлярной недостаточности, портальной гипертензии, варикозного расширения вен пищевода и желудка.

Общие противопоказания:

- Нарушение функционального состояния печени
- Портальная гипертензия;
- Варикозное расширение вен пищевода и желудка.

Частные противопоказания:

• Гепатит:

- острый (инфекционный, токсико-аллергический) тяжелое течение;
- хронический активный гепатит.

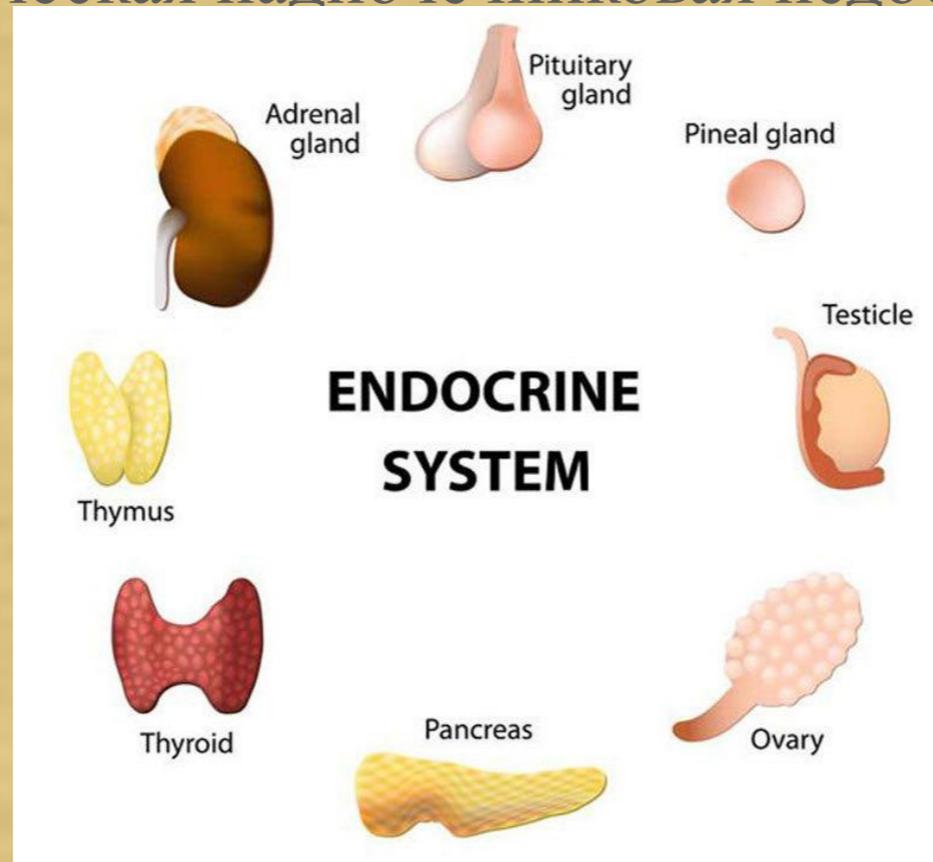
• Цирроз печени (все формы):

• Холецистит и холангит:

- калькулезный холецистит с частыми приступами печеночной колики, эпизодами желтухи;
- гнойный холецистохолангит;
- Холангит с желтухой и высокой лихорадкой.

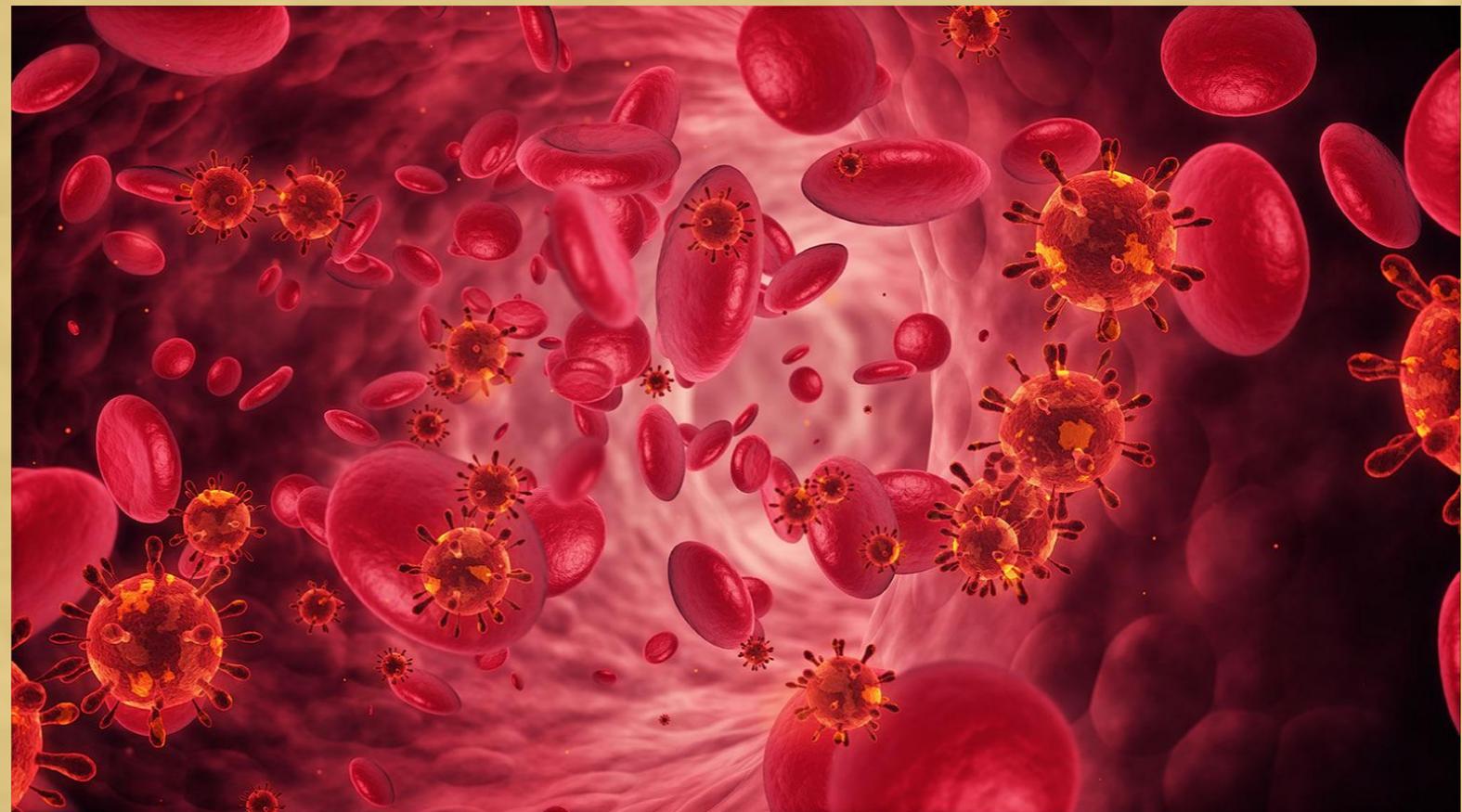
Эндокринные болезни

- Сахарный диабет (тяжелая форма заболевания, лабильное течения, декомпенсация, рецидивирующий кетоацидоз, инсулинорезистентные формы, ангиопатия 2 степени и выше, диабетический гломерулосклероз).
- Заболевания щитовидной железы (острый тиреоидит, аутоиммунный тиреоидит Хашимото, тиреотоксикоз тяжелой и средней тяжести, ДТЗ 4-5 стадии, гипотиреоз тяжелая форма или стадия декомпенсации).
- Другие эндокринные болезни (феохромацитома, болезнь Иценко-Кушинга, болезнь Конна, хроническая надпочечниковая недостаточность).



Заболевания крови

- Апластическая и гипопластическая анемия;
- Лейкозы;
- Лимфогранулематоз;
- Миеломная болезнь;
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура в стадии обострения;
- Дезагрегационные тромбоцитопатии с геморрагическим синдромом;
- Геморрагические диатезы (болезнь Шенляйн-Геноха) с частыми обострениями.



Врач или консилиум врачей (комиссия), принимающий решение о прерывании беременности, должен поставить следующие вопросы:

- Излечима ли с помощью хирургической операции жизнеугрожающая патология во время беременности?
- Препятствует ли беременность проведению необходимого комплексного лечения в полном объеме?
- Может ли прерывание беременности как таковое привести к существенному ухудшению состояния больной?
- Не превышает ли риск непосредственно от прерывания беременности риска ее пролонгированная и проведения родов в срок?

Правило: досрочное родоразрешение по показаниям со стороны матери целесообразно в тех случаях, когда возникшие акушерские осложнения или свойственные беременности физиологические изменения существенно дестабилизируют состояние больной и препятствуют достижению стойкого терапевтического эффекта.

Показания к плановому КС:

- геморрагическая форма ретинопатии;
- тяжелая, неконтролируемая медикаментозно АГ;
- врожденный порок сердца - коарктация аорты;
- констриктивный перикардит;
- аневризма аорты или другой крупной артерии, артериовенозная мальформация;
- выраженная систолическая дисфункция ЛЖ;
- заболевания, обуславливающие угрозу пневмоторакс в родах (булезная эмфизема, кисты легких, деструктивные процессы в легких);
- легочное кровотечение в анамнезе менее чем за 4 недели до родоразрешения;
- портальная гипертензия с варикозным расширением вен кардии;
- спленомегалия;
- диафрагмальная грыжа;
- травма поясничного или крестцового отделов позвоночника в анамнезе, состояние после хирургического вмешательства на позвоночнике;
- состояние после геморрагического инсульта;
- заболевания ГМ с ликворо-гипертензионным синдромом.

Помимо собственно экстрагенитальных показаний к КС, есть клинические ситуации, когда врач вынужден прибегнуть к этой операции:

- необходимость исключения потуг и невозможность безопасно выполнить операцию наложения акушерских щипцов (узкий таз, ягодичное предлежание плода, рубец на матке);
- необходимость исключения потуг при недоношенности и вероятной жизнеспособности плода;
- необходимость скорейшего родоразрешения при незрелости родовых путей.

Основные принципы ведения родов при ЭГП

- 1) Тщательное совместное наблюдение акушера-гинеколога и терапевта на протяжении всего родового акта;
- 2) Пересмотр предварительно выбранного плана ведения родов после начала родовой деятельности с учетом акушерской ситуации и реакции больной на схватки;
- 3) Мониторинг клинико-параклинических показателей в зависимости от характера ЭГП (АД, ЧСС, ЭКГ, ЧДД, пиковая объемная скорость выдоха, гликемия, рН, парциальное давление кислорода и углекислого газа в крови, гемоглобин, АЧТВ, ТВ, тромбоциты, фибриноген);
- 4) Свободное поведение в 1 периоде родов: положение на левом боку, при необходимости соблюдение постельного режима (тяжелые болезни сердца, постоянная в/в инфузия);
- 5) Постоянная психологическая и социальная поддержка роженицы персоналом и родственниками.
- 6) Ведение родов через естественные родовые пути в большинстве случаев, при необходимости укорочения (выключения) потуг - наложение акушерских щипцов, КС только при жизнеугрожающих осложнениях в родах или по акушерским показаниям.

- 7) Полноценное обезболивание родовой деятельности и всех медицинских манипуляций;
- 8) Применение медикаментов только по строгим показаниям. Плановые профилактические мероприятия - в зависимости от ЭГП (профилактика отека легких, аритмий, бронхоспазма, гипогликемии, кровотечений, эпилептического припадка);
- 9) Эластическая компрессия нижних конечностей на протяжении всего родового акта у больных с повышенным риском тромбоза;
- 10) По возможности - исключение литотомической позиции во 2 перед родов;
- 11) Активное ведение 3 периода родов (минимизация кровопотери, уменьшение последствий быстрого перераспределения крови);
- 12) Участие анестезиолога-реаниматолога а обеспечении родов при тяжелой ЭГП.

Постулаты ЭГП

- Прерывание беременности на позднем сроке при тяжелой ЭГП является сложным и опасным вмешательством, которое должно выполняться только в тех случаях, когда иных средств изменить неблагоприятный прогноз для исхода беременности не существует или эти средства исчерпаны.
- Острые и тяжелые состояния беременной, обусловленные ЭГП, не лечатся экстренным прерыванием беременности или экстренным родоразрешением.
- Экстренное прерывание беременности или экстренное родоразрешение на фоне обострения/декомпенсации ЭГП может усугубить состояние больной и способствовать летальному исходу.
- Во всех случаях острого, нестабильного, тяжелого состояния беременной, обусловленного ЖГП, лечебные усилия должны быть направлены на жизнеугрожающую патологию.
- КС не является наиболее безопасным и бережным способом родоразрешения при большинстве видов ЭГП.
- При невозможности найти решение, в равной степени отвечающее интересам здоровья матери и ребенка, приоритет отдается интересам матери.
- Наличие ЭГП, даже очень тяжелой и перинатально значимой, не является доказательством ее решающей роли в неблагоприятном исходе беременности.

Спасибо за внимание!