

# 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

Перинатальные

Терапевтические  
(соматические)

Акушерские

- 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):

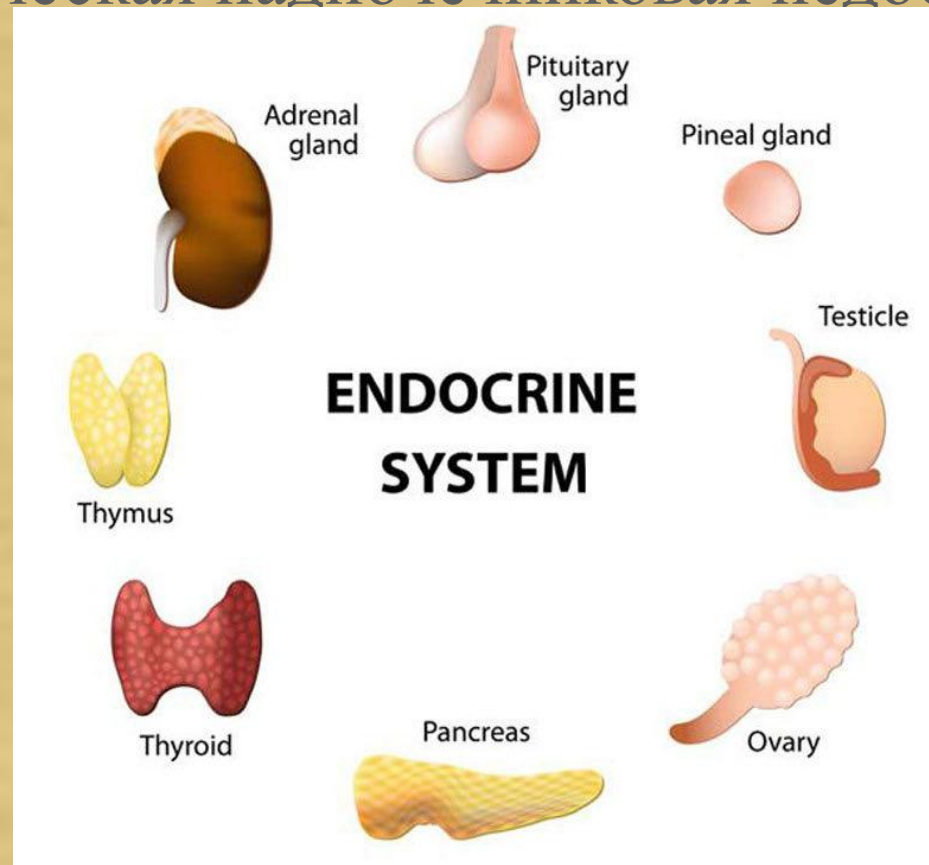
### • Холецистит и холангит:

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



# Эндокринные болезни

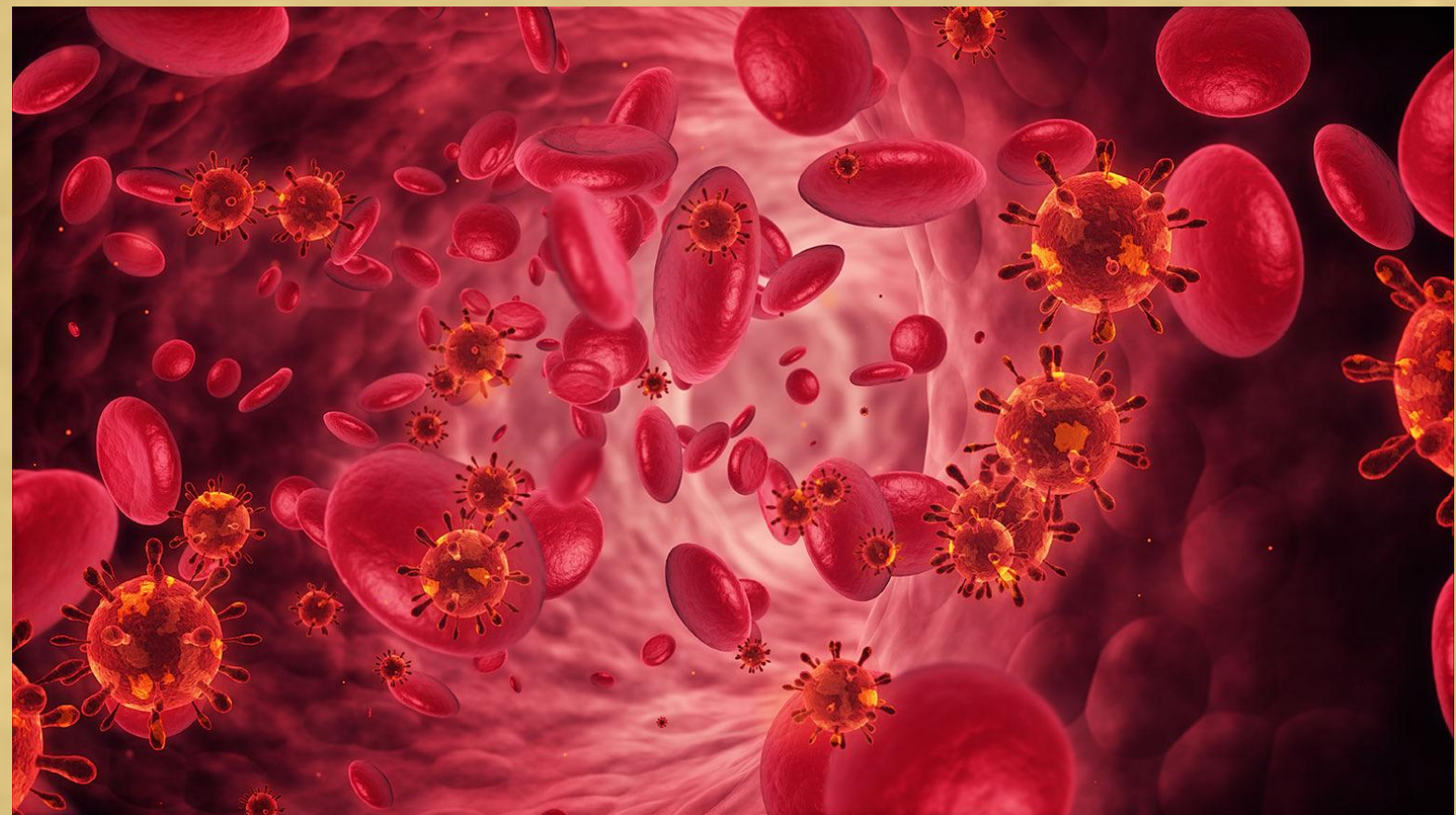
- Сахарный диабет (тяжелая форма заболевания, лабильное течения, декомпенсация, рецидивирующий кетоацидоз, инсулинорезистентные формы, ангиопатия 2 степени и выше, диабетический гломерулосклероз).
- Заболевания щитовидной железы (острый тиреоидит, аутоиммунный тиреоидит Хашимото, тиреотоксикоз тяжелой 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;
- Дизагрегационные 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!