

Течение беременности при заболеваниях внутренних органов

Подготовил
Студент 5-го курса
163-а группы
Сёмченко Б.С.

Гемодинамические изменения во время беременности

- физиологическая гиперволемия - увеличение ОЦК на 25-47% преимущественно за счет ОЦП (с 10-й по 28-32 недели беременности)
- снижение общего периферического сопротивления сосудов
- снижение вязкости крови
- увеличение ударного и минутного объема сердца
(к 28-30 неделе беременности сердечный выброс увеличивается почти на 30% за счет физиологической тахикардии и увеличения ударного объема сердца)
- снижение систолического и диастолического давления на 5-15 мм. рт. ст. во втором триместре беременности (самое низкое АД сист. при сроке беременности 28 недель)



Гемодинамические изменения во время беременности

- увеличение давления в венах нижних конечностей (на 7 - 10 мм. рт. ст.)
- развитие варикозного расширения вен нижних конечностей, наружных половых органов и влагалища повышение ЦВД в среднем до 8 см. водн. ст. (вне беременности - 2-5 см. водн. ст.)
- увеличение давления в венах нижних конечностей (на 7 - 10 мм. рт. ст.)
- синдром нижней полой вены
- изменение положения сердца за счет ограничения подвижности диафрагмы (горизонтальное положение)
- систолический шум на верхушке сердца у 50% (в первой половине беременности) и на легочной артерии у 10% здоровых беременных

Профилактика обострения ревматического процесса

- до 14 недель
- от 20 до 32 недели беременности
- в послеродовом периоде
- применение бициллина-1 или бициллина-5 в сочетании с ацетилсалициловой кислотой
- применение кортикостероидных препаратов при тяжелом течении ревматизма

Степени риска неблагоприятного исхода беременности по Л.В.Ваниной

- I степень - беременность при пороке сердца без признаков сердечной недостаточности и обострения ревматизма
- II степень - беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, цианоз), при наличии минимальных признаков обострения ревматического процесса (IA степень по Нестерову)
- III степень - беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, при наличии умеренных признаков активности ревматического процесса (IIA), при появлении мерцательной аритмии или легочной гипертензии
- IV степень - беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной недостаточности, мерцательной аритмии и тромбозом эмболическими осложнениями

Сохранение беременности допустимо

только при I и II степенях риска

Гемодинамические изменения во время родового акта

- во время схватки увеличение ударного объема сердца на 30%, увеличение сердечного выброса на 15-20%
- повышение АД и рефлекторное снижение частоты сердечных сокращений
- выраженное увеличение сердечного выброса как реакция на боль, страх
- повышение венозного возврата на 400-800 мл во время потуг
- сразу после рождения плода из-за резкого выключения маточно-плацентарного кровотока и устранения сдавления нижней полой вены - быстрое возрастание венозного возврата и увеличение нагрузки на правые отделы сердца

Показания к родоразрешению операцией кесарева сечения



- активный ревматический процесс
- выраженный порок сердца с левожелудочковой недостаточностью и отсутствие эффекта от медикаментозной терапии; сочетание порока сердца с акушерской патологией (предлежание плацента, тазовое предлежание плода, узкий таз, рубец на матке и т.д.)
- сочетанный порок сердца с преобладанием митральной недостаточности

Особенности ведения родов при приобретенных пороках сердца

- ранняя амниотомия
- полноценное обезболивание
- регуляция родовой деятельности
- профилактика гипоксии плода
- укорочение второго периода родов перинеотомией
- ВЕДЕНИЕ: постельный режим от 3 суток и более (в зависимости от выраженности сердечной недостаточности)
- профилактика обострения ревматического процесса
- подавление лактации при активном ревматизме, недостаточности кровообращения IIА и более, остром миокардите

Тактика лечения

- Стимуляцию родов рекомендовано проводить при гестационной гипертензии с протеинурией и неблагоприятных состояниях, такие как видимые нарушения, нарушения коагуляции или дистресс-синдром плода.
- При преэклампсии с отеком легких рекомендовано в/в введение нитроглицерина.
- При тяжелой гипертензии рекомендовано медикаментозное лечение с применением лабетолола или метилдофа или нифедипина перорально.
- Женщинам с существовавшей ранее гипертензией следует продолжать применять текущую терапию, за исключением иАПФ, антагонистов рецепторов АПГ и прямых ингибиторов ренина под строгим контролем уровня АД.

Сердечная недостаточность

- Признаки сердечной недостаточности при беременности: одышка, изменение времени кровотока, тахикардия, учащение дыхания, нарушение сердечного ритма. У здоровых беременных увеличивается минутный объем легких, что может создать впечатление затруднения дыхания или симулировать одышку. Если одышка сопровождается кашлем, отделением мокроты, появлением стойких хрипов у основания легких, это свидетельствует о возникновении сердечной недостаточности. Особую тревогу должны вызывать приступы тахикардии или удушья с сердцебиением, цианоз губ и конечностей, набухание шейных вен, увеличение и болезненность печени. Жизненная емкость легких значительно уменьшается при возникновении застоя в них.

Легочное сердце

- Для легочного сердца характерны застой в венозной системе, печени, почках, желудке (застойный гастрит), периодические отеки. Учащение пульса до 100–110, а особенно свыше 110 ударов в минуту, может говорить о возникновении декомпенсации, если отсутствуют сильное нервное возбуждение и температура не повышена

Аритмия



- Часто повторяющиеся и длительные приступы пароксизмальной тахикардии угрожают тяжелыми нарушениями и требуют специального лечения. Такое же значение имеет учащение дыхания свыше 24 в минуту; оно может быть признаком начинающегося застоя в легких. Экстрасистолы, единичные и групповые, обычно имеют неврогенное происхождение, и у беременных наблюдаются часто. Мерцательная аритмия (тахикардическая форма) возникает чаще всего при митральном пороке и является признаком серьезного поражения миокарда; она представляет большую опасность для беременной ввиду возможности эмболии.

Ревматический процесс

- Определение активности ревматического процесса во время беременности затруднено, так как субфебрилитет, увеличение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг влево лейкоцитарной формулы наблюдаются и у здоровой беременной. Лабораторные признаки активной формы ревматизма (в комплексе с другими признаками): количество лейкоцитов свыше $11,0 \times 10^9$ г/л, СОЭ более 35 мм/ч, резко выраженный сдвиг влево лейкоцитарной формулы. Определенное диагностическое значение имеют также длительная недостаточность кровообращения, несмотря на активное лечение, гипохромная анемия, протеинурия, цилиндрурия, снижение содержания количества ретикулоцитов. Диагностическое значение имеет определение титра антистрептолизина-0 (в норме 1:350) в крови. У больных ревматизмом в активной фазе эти титры достигают 1:800–1:1000 и выше.

Анемия

- Анемия у беременных наблюдается весьма часто (до 30%). В 70–95% случаев это гипохромная железодефицитная анемия, значительно реже встречаются другие ее формы: гиперхромная - В12, фолиеводефицитная (мегалобластическая), гемолитическая и гипопластическая анемия. Анемия может возникнуть как до наступления беременности, так и в процессе ее развития (чаще во второй половине). В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеют значение следующие факторы:
- нарушение всасывания железа (при анемии);
- нерациональное питание (недостаток железа);
- повышенный расход железа во время беременности (в процессе развития плода требуется до 500 г железа); повышенный тканевой обмен при беременности.

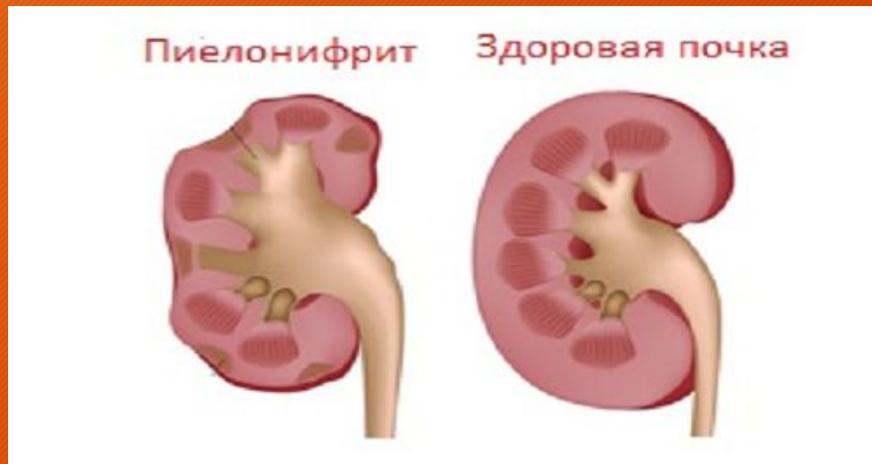
Тактика лечения

- Немедикаментозное лечение рекомендовано беременным женщинам с САД=140-150мм рт.ст или ДАД=90-99мм рт.ст
- Женщинам с гестационной гипертензией или ранее существовавшей гипертензией + гестационной гипертензией или при гипертензии с субклиническим поражением органов или симптомами в любые сроки беременности рекомендовано начать медикаментозное лечение при АД=140/90мм рт.ст.
- Во всех остальных случаях медикаментозное лечение рекомендовано начинать при САД \geq 150мм рт.ст или ДАД \geq 95мм рт.ст.
- При САД \geq 170мм рт.ст или ДАД \geq 110мм рт.ст. у беременной женщины необходима немедленная госпитализация.

Беременность при заболеваниях почек

- Болезни почек у беременных встречаются часто и представляют серьезную опасность для нормального развития гестационного процесса и плода, поскольку патология этих органов ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма, а беременность существенно увеличивает нагрузку на почки. Часто встречается пиелонефрит (20%), гломерулонефрит (0.1 - 0.2%), мочекаменная болезнь (0.1 - 0.2%).

Из всех заболеваний почек наиболее часто у беременных диагностируется пиелонефрит и в основном в правой почке. В таком случае пиелонефрит называется гестационным, т.е. пиелонефрит беременных



Причины пиелонефрита при беременности

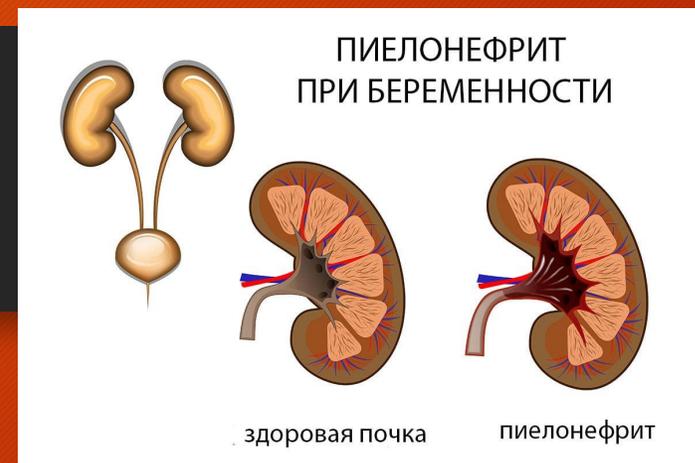
- Растущая матка сдавливает лежащие под ней мочеточники
- Прогестерон, уровень которого во время беременности высокий, расслабляет гладкомышечные клетки мочеточника
- Кровоснабжение матки увеличивается со сроком беременности и соответственно этому усиливается венозный застой в органах малого таза
- Анатомически правая круглая маточная связка короче левой, за счет этого сама матка ротирована вправо и большее давление, под тяжестью матки, испытывает правый мочеточник

Клиника

Клиника пиелонефрита

Различают острый и хронический пиелонефрит.

- Острый гестационный пиелонефрит - повышается температура до 38-39, озноб, головная боль, боль в области поясницы, тошнота, рвота, затем появляются симптомы угрожающего выкидыша или родов, в зависимости от срока беременности.
- Хронический гестационный пиелонефрит - чаще протекает бессимптомно, но могут быть такие симптомы как - головная боль и тупая, ноющая боль в области поясницы.



3 степени риска

- 1 степень - неосложненный гестационный
- 2 степень - хронический пиелонефрит или пиелонефрит до беременности
- 3 степень - пиелонефрит и гипертензия или азотемия, или пиелонефрит единственной почки

При 1 и 2 степени риска - беременность разрешается и такие пациентки находятся на диспансерном учете.

При 3 степени риска беременность противопоказана

Лечение

- Пиелонефрит при беременности лечится стационарно
- Обильное питье, диета-стол №7
- Колено-локтевое положение
- Антибактериальная терапия - до получения результатов бак.посева мочи назначают антибиотик широкого действия, после получения результатов при необходимости антибиотик меняют соответственно чувствительности к антибиотикам
- Дезинтоксикационная терапия - в/в инфузии жидкости
- Уросептики - канефрон, 5-НОК
- Средства улучшающие маточно плацентарное кровообращение - лечение плацентарной недостаточности
- Сохраняющая терапия
- Мочегонные фитосборы

Мочекаменная болезнь и ее причины

- Ведущим патогенетическим фактором в развитии мочекаменной болезни у женщин является пиелонефрит. Основным механизмом заболевания врожденный - небольшое нарушение обмена веществ, что приводит к образованию нерастворимых солей, которые формируются в камни. По химическому строению различают разные камни - ураты, фосфаты, оксалаты и др.
- нарушения метаболизма;
- врожденные патологии органов выделения, ведущие к нарушению оттока мочи;
- нарушения в эндокринной системе;
- изменения кислотности мочи, в норме должна быть слабокислая реакция pH, но кислотность может нарушиться из-за особенностей рациона;
- поражение органов выделения бактериями, которое может протекать незаметно и без симптомов до определенного момента;
- нарушение нервной регуляции работы системы выделения;
- нарушение работы желудочно-кишечного тракта;
- жара, приводящая к обезвоживанию;
- побочное действие некоторых медикаментов;
- гиподинамия.

Клиника

- Расширение и гипотония лоханок, мочеточников, мочевого пузыря
- Присоединение инфекции(пиелонефрит, цистит)
- Приступы почечной колики (боли в области поясницы) и гематурия
- Пиурия
- Отхождение камней с мочой



Лечение

- Лечение заболевания между обострениями заключается в борьбе с воспалительным процессом, разрушении и последующем выведении конкрементов. Для этого традиционно используют лечение с помощью трав и минеральных вод. Уменьшить время восстановления помогут народные рецепты.
- Медикаментозное лечение мочекаменной болезни при беременности своей целью ставит избавление от спазмов, разрушение и выведение конкрементов, устранение воспаления. Лечение занимает продолжительное время, требует регулярного приема фитотерапевтических препаратов, трав, минеральной воды, а также медикаментов, снимающих болевые ощущения и спазмы.

Показания к хирургическому вмешательству при мочекаменной болезни во время беременности

1. Обструкция мочеточника с увеличением азотемии.
2. Наличие камней в одной почке.
3. Некупируемые боли, несмотря на проводимые консервативные мероприятия.
4. Уросепсис.
5. Почечная колика, угрожающая преждевременными родами