

Беременность при заболеваниях ССС и дыхательной системы

Воровский В.С

163А

Возможные заболевания ССС

- Врожденные пороки сердца
- Приобретенные пороки сердца (ревматический порок)
- Ишемическая болезнь
- Стенокардия
- Инфаркт миокарда
- Миокардит, эндокардит или перикардит
- Гипертоническая болезнь
- Артериальная гипотония
- Варикозная болезнь

Пороки, сопряженные с опасностью для беременных

Приобретенные	Врожденные
Митральный стеноз 2-3ст	Аортальный стеноз
Аортальный стеноз	Стеноз легочной артерии
Аортальная недостаточность	Большой дефект МПП
Комбинированный митральный порок сердца	Коарктация аорты

Вероятные осложнения при заболеваниях ССС

- Тяжелое течение гестозов;
- Фетоплацентарная недостаточность;
- Хроническая гипоксия плода;
- Преждевременное прерывание беременности;
- Задержка внутриутробного развития плода;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Внутриутробная гибель плода.

Диагностика

- *Анамнез*
- *Электрокардиография*
- *Векторкардиография*
- *Рентгенологическое исследование*
- *Фонокардиография*
- *Эхокардиография*
- *Реография*
- *Пробы с нагрузкой*
- **Исследования функции внешнего дыхания и кислотно-щелочного состояния.**
- **Исследования крови.**

Тактика ведения

- **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 только при наличии сердечной слабости или активизации ревматического процесса, а также 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.

Врожденные пороки бледного типа совместимы с беременностью, если не сопровождаются легочной гипертонией.

Больных после операции на сердце рассматривают дифференцировано.

Острый ревматический процесс или обострение хронического – противопоказание к беременности.

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что вопрос о прерывании беременности до 12 недель решают в зависимости от выраженности порока, функционального состояния системы кровообращения и степени активности ревматического процесса.

- **II-ая госпитализация** - на 28-29-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.

При появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии больную необходимо госпитализировать независимо от срока беременности.

Гипертоническая болезнь

- **I-я госпитализация** – до 12 недель беременности. При обнаружении IIA стадии заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др. IIB 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.
- Чаще всего роды 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.

Заболевания дыхательной системы

- ОРЗ
- Бронхиты
- Пневмонии
- Бронхиальная астма

Хронический бронхит

- При хроническом простом (необструктивном) бронхите в фазе ремиссии пациенты жалоб не предъявляют. При физикальном обследовании отклонений от нормы не обнаруживают. Обострение заболевания, как правило, возникает ранней весной и поздней осенью. Период обострения сопровождается кашлем с выделением мокроты, возможно возникновение затруднённого дыхания. Самочувствие больных определяется соотношением двух основных синдромов — кашлевого и интоксикационного (повышение температуры тела, головная боль, слабость, потливость и т.д.). Основными признаками ХОБ считают кашель с выделением мокроты и одышку, сопровождаемую сухими дискантовыми хрипами, которые могут быть слышны на расстоянии. Присоединение инфекции усугубляет все признаки заболевания. Мокрота становится гнойной, появляются признаки интоксикации. Обострения также могут быть связаны с неадекватной физической нагрузкой или повышенным воздействием экзогенных факторов. По мере прогрессирования ХОБ промежутки между обострениями становятся короче.

Диагностика

- Наличие вредностей в анамнезе
- Признаки гиперинфляции в легких (бочкообразная грудная клетка, горизонтальное направление рёбер, втяжение нижних рёбер при вдохе, участие в дыхании вспомогательных мышц.)
- Признаки бронхообструкции на спирометрии

Лечение

- *I триместр.* При наличии признаков бронхообструкции пульмонологом должна быть назначена бронхолитическая, противовоспалительная терапия с использованием ингаляционных β -адреномиметиков, холинолитиков и глюкокортикоидов. При наличии гнойной мокроты необходимо провести антибактериальную терапию с учётом чувствительности микрофлоры и возможного влияния лекарственных препаратов на плод. Лечение угрозы прерывания беременности проводят по общепринятым правилам.
- *II и III триместры.* При бактериальной инфекции проводят антибактериальную терапию с учётом влияния лекарственных средств на плод. При обнаружении внутриутробной инфекции — внутривенное введение иммуноглобулина с последующим назначением интерферонов. Лечение угрозы прерывания беременности и плацентарной недостаточности осуществляют по общепринятым схемам.

Пневмония

- Лихорадка
- Кашель
- Одышка
- Боли в груди
- Слабость и быстрая утомляемость.

Диагностика

1. АНАМНЕЗ

Следует обратить внимание на наличие в анамнезе хронических заболеваний лёгких, хронического очага инфекции в носоглотке, частых простудных заболеваний.

2. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Укорочение перкуторного звука над поражённым участком лёгкого. При аускультации выслушивают бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, инспираторную крепитацию на стороне поражения.

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ крови (лейкоцитоз $>10-12 \cdot 10^9/\text{л}$, с палочкоядерным сдвигом $>10\%$ и повышением СОЭ), определение С-реактивного белка. Микробиологическое исследование мокроты, получаемой при откашливании, путём бронхоальвеолярного лаважа или фибробронхоскопии.

Для своевременной диагностики осложнений гестации показано определение уровня АФП, b-ХГЧ в крови при сроке 17–20 нед беременности, а также гормонов фетоплацентарного комплекса (эстриол, ПЛ, прогестерон, кортизол) на 24-й нед и 32-й нед беременности.

4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях позволяет выявить очаговую инфильтрацию лёгочной ткани.

Фибробронхоскопию выполняют при подозрении на туберкулёз или при отсутствии продуктивного кашля и др. УЗИ позволяет диагностировать НБ, возможные пороки развития, признаки внутриутробной инфекции и ЗРП.

Лечение

- I триместр: патогенетическая антибактериальная (с учётом чувствительности микрофлоры), дезинтоксикационная, противовоспалительная, иммуностимулирующая терапия с последующим прерыванием беременности.
- II и III триместры: применение антибиотиков с учётом возможного вредного воздействия на плод. При необходимости лечения угрозы прерывания беременности, плацентарной недостаточности применяют общепринятые схемы. При обнаружении признаков внутриутробной инфекции назначают внутривенное введение человеческого иммуноглобулина по 50 мл через день трёхкратно с последующим назначением интерферонов (интерферон-α₂) в виде ректальных свечей по 500 тыс. МЕ два раза в день ежедневно в течение 10 дней, затем 10 свечей по 500 тыс. МЕ дважды в день два раза в неделю.

Спасибо за внимание