Экстрагенитальные заболевания при беременности

- Экстрагенитальные заболевания это заболевания других органов и систем вне половой сферы (сердечно-сосудистой, мочевыводящей, костно-мышечной, нервной и т.д.).
- Наличие **экстагенитальной патологии** способствует формированию осложнений беременности, с другой стороны, беременность ухудшает течение этих заболеваний.

Заболевания почек

• Пиелонефрит - самое частое заболевание почек и второе по частоте заболеваний человека. Клинически пиелонефрит диагностируют у 12% беременных, у половины из них происходит обострение хронического пиелонефрита во время беременности.

Предрасполагающие факторы для воспалительных заболеваний почек во время беременности:

- 1. Анатомо-топографические изменения в малом тазу при растущей матке
- сдавление мочеточников растущей маткой
- расширение верхних отделов мочеточников, чашечнолоханочной системы
- нефроптоз
- 2. Гормональные влияния, способствующие снижению тонуса и гипокинезии мочеточников и почечных лоханок.
- 3. Нарушение уродинамики благоприятствует обострению латентно протекающих инфекций, восходящей инфекции. Может наблюдаться пузырно-мочеточнико-лоханочный рефлюкс, что приводит к восходящей инфекции.
- 4. Физиологическая иммуносупрессия.

Возбудители пиелонефрита:

- •часто сапрофиты, в норме живущие в организме, при снижении иммунитета, вызывающие развитие патологии.
- кишечная палочка, протей, клебсиелла, эгнеробактерии, стрептококки, стафилококки, грибы рода Candida.
- •В последние годы в возникновении инфекции мочевыводящих путей установлена роль генитальных инфекций, вызванных анаэробными бактериями, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealiyticum, Chlamydia trachomatis.

Клиника острого пиелонефрита

- Заболевание начинается остро с неспецифическими признаками интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, тошнота, рвота). Появляются боли в области поясницы, иррадиируюпше по ходу мочеточников.
- Гнойный пиелонефрит сопровождается выраженной интоксикацией: тахикардия, слабость, адинамия, тошнота, рвота. Возможно развитие бактериально-токсического шока.
- В крови: лейкоцитоз более 11x10*9, увеличение палочкоядерных лейкоцитов (сдвиг влево), анемия (гемоглобин ниже 100 г/л).
- В моче: пиурия, бактериурия, протеинурия (менее 1 г/л). Микрогематурия. Проба по Зимницкому выявляет изостенурию и никтурию, нарушение концентрационной способности почек.

Лечение острого пиелонефрита беременных

• Лечение проводится в стационаре, в I и II триместре – в терапевтическом отделении или отделении урологии; в III триместре, после родов - в родовспомогательном учреждении в обсервационном отделении.

Принципы лечения:

- 1. Этиологическое лечение: антибактериальные средства, при сниженной функции почек дозы снижают в 2-4 раза.
- В І триместре антибиотики пнициллинового ряда ампициллин по 0,5*4 раза в день, в течении 7-10 дней
- Во II III триместрах можно использовать
- цефалоспорины (цефтазидин, цефуроксим) 0,5 -1,0 гр 3-4 раза в день -4-8 дней.
- аминогликозиды (гентамицин) 0,04 3 раза в день или 0,08 2 раза в день 5-7 дней
- эритромицин 0,25 4-6 раз в день 10 дней
- производные налидиксовой кислоты (невиграмон)
- нитрофураны

- 2. Положение коленно-локтевое 3-4 раза в день для улучшения оттока мочи.
- 3. Диета, кислые отвары (клюквенный морс)
- 4. Дезинтоксикационная терапия в/венно глюкоза 5%, солевые препараты в сочетании с витамином С, антигистаминными препаратами гемодез, реополиглюкин.
- 5. Средства, улучшающие микроциркуляцию: тренал, реополиглюкин -гепарин, троксевазин.
- 6. Можно использовать ВЛОК или УФО аутокрови, что оказывает иммуномоделирующее, противовоспалительное, бактериостатическое действие, улучшает реологические свойства крови.
- 7. Спазмолитики + растительные диуретики (толокнянка, брусничник, фитолизин) для улучшения оттока мочи.
- 8. Профилактика ФПН и ХПН (курантил, трентал, сигетин, витамины В, Е. С).

- При серозном и гнойном пиелонефрите и нарушении пассажа мочи показана катетеризация мочеточников.
- Отсутствие эффекта от катетеризации, антибактериальной и патогенетической терапии в течение 2-3 суток (продолжаются озноб, лихорадка, боли, нарастают признаки интоксикации, ухудшаются лабораторные показатели) свидетельствуют о развитии гнойного процесса в почке и необходимости оперативного лечения.

степени риска для больных пиелонефритом:

- I степень острый пиелонефрит, возникший во время беременности. Беременность редко осложняется гестозом, XПН (хронической почечной недостаточностью).
- II степень хронический неосложненный пиелонефрит, существовавший до беременности. Беременность осложняется гестозом у 25% больных, часто внутриутробное инфицирование плода, преждевременное прерывание беременности.
- III степень пиелонефрит с гипертензией или азотемией. Пиелонефрит единственной почки. Часто развиваются тяжелые формы гестоза, почечная недостаточность. Показано прерывание беременности по медицинским показаниям.

Гломерулонефрит

- <u>Гломерулонефрит</u> инфекционно-аутоиммунное заболевание почек с поражением клубочкового аппарата. Острый гломерулонефрит у беременных протекает под видом тяжелых форм гестоза. Заболевание возникает после перенесенной стрептококковой инфекции (ангина, пиодермия и др.).
- •В патогенезе заболевания имеет важное значение иммунологическая реакция организма, образование в крови комплексов антиген-антитело или аутоантител, повреждающих почки.

Формы гломерулонефрита:

- 1. Нефротическая форма характеризуется протеинурией (до 30-40 г О гипопротеинемией (40-50 г/л), отеками, т.е. преобладают мочевые симптомы и протеинурия.
- 2. Гипертоническая форма: повышение АД, незначительная гематурия, протеинурия, цилиндрурия, спазм артериол глазного дна. Артериальная гипертензия возникает в результате снижения почечного кровотока и увеличения продукции ренина и ангиотензина, повышенной выработки альдостерона.
- 3. Смешаная отечно-гипертоническая форма: одновременно выражены сосудистые изменения и гипертензия, изменения сосудов глазного дна, дистрофичекие процессы в почках, протеинурия, гематурия, цилиндрурия, отеки.
- 4. Латентная (умеренно-протеинурическая) форма хронического гломерулоцефрита встречается у 65% больных. Непостоянная протеинурия, цилиндрурия, без гипертонии и отеков.

Диагностика гломерулонефрита у беременных

- 1. Указание в анамнезе на перенесенную стрептококковую инфекцию
- 2. Клинические признаки: отеки, повышение АД, изменение сосудов глазного дна, нарушение диуреза

Лабораторные данные:

- •в моче белок, эритроциты, цилиндры, снижение концентрационной способности почек, гипопротеинемия. Дифференциальная диагностика с гестозом и гипертонической болезнью У 40% беременных больных гломерулонефритом возникает гестоз.
- нарушается фето-плацентарное кровообращение, развивается хроническая плацентарная недостаточность.

Лечение гломерулонефрита беременных

- Лечение проводят в стационаре в нефрологическом отделении, за 3 недели до родов в родильном доме.
- Патогенетическая терапия гломерулонефрита с использованием кортикостероидов, цигостатических и иммуномоделирующих средств у беременных не может применяться.

Проводится преимущественно симптоматическая терапия:

- 1. Диета: белок до 160 г/сут, поваренная соль 5 г/сут, жидкость 800-1000 мл. Дефицит белка возмещают введением плазмы, альбумина.
- 2. При отеках салуретики + хлорид калия по 1 г 3-4 раза в день
- 3. Гипотензивные и спазмолитические препараты.

степени риска при гломерулонефрите беременных

- І степень латентная форма хронического гломерулонефрита и гипертоническая форма, если АД нормализовалось до беременности Сохранение беременности возможно
- II степень нефротическая форма хронического гломерулонефрита. Беременность можно сохранить, но показаны длительные госпитализации, т.к. беременность часто осложняется гипотрофией плода. Перинатальная смертность в этих случаях достигает 20%.
- III степень гипертоническая и смешанная формы хронического гломерулонефрита, острый гломерулонефрит и обострение хронического, любая форма заболевания с азотемией максимальный риск для матери и плода. Беременность опасна для здоровья и жизни женщины.

Общие принципы ведения беременности и родов при заболеваниях почек

- 1. Диспансерное наблюдение акушером-гинекологом и терапевтом ж/к.
- 2. Общий анализ мочи не реже 1-2 раз в месяц, общий анализ крови 1 раз в месяц, анализ мочи по Нечипоренко и проба Зимницкого 1 раз в 4 месяца. Посев мочи на флору 1 раз в месяц, осмотр окулистом, урологом 1 раз в 4 месяца.
- 3. При наличии в моче лейкоцитов 15-20 и более в поле зрения, бессимптомной бактериурии более 10*5/мл госпитализация в обсервационное отделение.
- 4. Диета, фитотерапия.
- 5. Санация очагов инфекции.
- 6. Родоразрешение через естественные родовые пути. По акушерским показаниям кесарево сечение.
- 7. Если возникают показания для урологической операции, то вначале проводится операция, затем решается вопрос о пролонгировании или прерывании беременности.
- 8 После родов необходима профилактика гнойно-септических осложнений. У детей часто признаки ВУИ.

Медицинские показания для прерывания беременности при заболеваниях почек:

- 1. Пиелонефрит единственной почки с явлениями почечной недостаточности, гипертензией.
- 2. Гипертоническая и смешанная формы хронического гломерулонефрита.
- 3. Острый гломерулонефрит и обострение хронического.
- 4. Азотемия, независимо от формы заболевания.
- 5. Гидронефроз врожденный или появившийся до беременности.
- 6. Гидронефроз единственной почки даже при сохраненной её функции.
- 7. Поликистоз почек при минимальных проявлениях почечной недостаточности.
- 8. Гипоплазия, аномалии развития почек при пиелонефрите, гипертензии, почечной недостаточности.

Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность

•Заболевания сердечно-сосудистой системы отягощают течение беременности, ухудшают течение заболевания. Таким беременным должна оказываться помощь в специализированных родовспомогательных учреждениях, входящих в состав многопрофильной больницы.

Физиологическая адаптация сердечно-сосудистой системы при беременности

- 1. Увеличивается сосудистая сеть, т.к. растет масса тела беременной, появляется фето-плацентарное кровообращение.
- 2. Увеличивается объем циркулирующей плазмы на 30-50%, достигая максимума к 30-36 педелям.
- 3. Минутный объем сердца возрастает с 10-13 недели беременности, достигает максимума к 26-29 неделе, при этом превышает исходный объем на 20-45%.
- 4. Нагрузка на сердце к 25-30 неделе возрастает на 30-50%, затем постепенно уменьшается и ко времени родов возвращается к исходной.

- 5. ЧСС возрастает до 86-88 в минуту. Прогестерон способствует снижению тонуса сосудов, оказывая гипотензивный эффект и снижение периферического сосудистого сопротивления.
- 6. Приподнятая диафрагма смещает ось сердца, т.е. «лежачее сердце». Возникает функциональный систолический шум, что затрудняет диагностику пороков.
- 7. В родах при сокращениях матки происходят гемодинамические колебания, возникает «нагрузка объемом» для сердца. В ІІІ периоде родов, особенно при операции кесарева сечения, после извлечения плода, матка резко сокращается и в кровеносное русло поступает около 800 мл крови.
- 8. В родах болевые и психо-эмоционалъные реакции сопровождаются выбросом катехоламинов (адреналин, норадреналин)

Пороки сердца у беременных

- •Для беременности наибольшую опасность представляют пороки сердца, особенно имеющиеся дефекты: триада, тетрада или пентада Фалло, дефект межжелудочковой перегородки и др.
- Прогноз ухудшается при легочной гипертензии.
- •У больных с имплантированным искусственным клапаном резко возрастает опасность тромбозов, беременность не рекомендуется.

Ведение беременности при пороках сердца

- 1. Первая госпитализация показана в ранние сроки для решения вопроса о возможности сохранения беременности. По медицинским показаниям возможно прерывание беременности на любом сроке.
- 2. Плановая госпитализация в сроке 29-32 недели в специализированный кардиологический стационар.
- 3. В сроке 37-38 недель госпитализация для подготовки к родоразрешению. С учетом акушерских показаний необходимо выбрать метод и срок родоразрешения.

Ведение родов при пороках сердца

- При отсутствии сердечной слабости роды ведут через естественные родовые пути.
- В родах обязательно используют спазмолитики, аналгетики.
- •Во II периоде родов выключают потуги путем наложения акушерских щипцов.
- Кесарево сечение представляет высокий риск для матери при декомпенсированном пороке сердца и выполняется чаще по акушерским показаниям.

Беременность и гипертоническая болезнь

- •У беременных имеет значение не только абсолютные значения АД, но и степень повышения АД по отношению к исходному. На гестационную гипертонию указывает повышение АД систолического на 30%, диастолического на 15% по отношению к давлению до беременности.
- Артериальная гипертония и резкие смены АД значительно изменяют маточно-плацентарное кровообращение и повышают риск преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, кровотечения, развития тяжелых форм гестоза.

Степени риска для беременности

- *I стадия гипертонической болезни* (больные нуждаются в наблюдении терапевта).
- *II стадия* гипертонической болезни, этим больным в сроке до 12 недель в стационаре проводится обследование для уточнения стадии заболевания и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. Госпитализация при повышении АД, кризах, признаках гестоза. В 36-37 недель госпитализация для решения вопроса о сроке и методе родоразрешения.
- III степень риска = IIБ, III стадии и злокачественная гипертония. Этим больным беременность противопоказана.

Лечение гипертонической болезни при беременности

- Разрешен к применению в любом сроке беременности только Допегит.
- При резких кризах Нифедипин сублингвально (в 3 триместре, после родов).
- Используются также спазмолитики и салуретики.
- <u>Родоразрешение</u> больных гипертонической болезнью проводится через естественные родовые пути. Кесарево сечение по акушерским показаниям или при состояниях, угрожающих жизни матери (нарушения мозгового кровообращения, отслойка сетчатки).

Сахарный диабет у беременных

- І тип инсулинзависимый сахарный диабет хроническое прогрессирующее заболевание, при котором разрушаются b-клетки поджелудочной железы; часто обусловлен генетически.
- II тип инсулиннезависимый сахарный диабет, чаще возникает после 30 лет, часто на фоне ожирения, может длительное время протекать бессимптомно. Этот тип заболевания характеризуется снижением чувствительности к инсулину.
- Гестационный сахарный диабет заболевание, впервые выявленное при беременности. Развивается преимущественно при ожирении, после 30 лет, характеризуется развитием относительной инсулиновой недостаточностью.

Степени тяжести диабета (Шехтман М.М., 1987):

- легкая степень глюкоза натощак не более 7,7 ммоль/л, уровень глюкозы в крови корригируется диетой.
- средняя степень глюкоза натощак до 12,2 ммоль/л, необходима дополнительная дотация инсулина.
- •тяжелая степень глюкоза натощак выше 12,2 ммоль/л. Возможны ангиопатии (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, трофические язвы голеней), ретинопатия, нефроангиосклероз).

Течение сахарного диабета в динамике беременности

- •В І триместре в связи с высокой энергопотребностью плода происходит трансплацентарный переход глюкозы и аминокислот от матери к плоду. У беременной возникает гипогликемия.
- •С 9 недель беременности закладывается поджелудочная железа плода, которая полноценно начинает «работать» во II триместре. С 28 недель у беременной происходит рост уровня инсулина, за счет «плодового», отмечается относительная нормогликемия. Так как глюкоза проходит через плацентарный барьер, а инсулин нет. Беременные могут в этот период не принимать инсулин или снижать его колличество из-за хорошего самочувствия.

- •Данное состояние крайне опасно, так как функцию по производству инсулина берет на себя поджелудочная железа плода, мать «подсаживается» на инсулин, выделяемый плодом.
- После рождения у такого плода с избыточной секрецией инсулина может развиться гипогликемия и кома, опасная для его жизни.
- •Поэтому все женщины, с диагностированным СД, вне зависимости от его типа, со 2 триместра получают инсулин, доза которого коррегируется.

Осложнения беременности у больных сахарным диабетом

- Ангиопатия, сетчатки глаз, сосудов почек
- Развитие гестоза, который характеризуется тяжелым течением и низкой эффективностью лечения
- Артериальная гипертензия
- Фето-плацентарная недостаточность с хронической гипоксией плода
- Инфекции мочевыводящих путей
- Риск самопроизвольных выкидышей, чаще в поздние сроки
- Многоводие, маловодие
- Врожденные аномалии и пороки у плода
- Макросомия плода
- Аномалии родовой деятельности

Особенности ведения беременности и родов у больных сахарным диабетом

- 1. Своевременное решение вопроса о допустимости сохранения беременности.
- 2. Полная компенсация диабета диетой или инсулинотерапией.
- 3. Оптимальным уровнем глюкозы в крови является уровень в пределах 5,6-6,7 ммол/л.
- 4. Профилактика осложнений беременности для матери и плода.
- 5. Рациональный срок и метод родоразрешения.
- 6. Специализированный уход за новорожденным.

Плановая госпитализация беременных, больных сахарным диабетом показана:

- 1. В ранние сроки, как только диагностирована беременность для установления возможности сохранения беременности и коррекции диабета.
- 2.В 20-24 недели беременности коррекция дозы инсулина, профилактика и лечение осложнений.
- 3. В 32 недели для коррекции дозы инсулина, контроля за состоянием плода, выбора срока и способа родоразрешения.

Принципы лечения сахарного диабета у беременных

- Обязательное ведение дневника принятой пищи, уровня глюкозы в крови
- Обязательное соблюдение гипогликемической диеты
- При невозможности поддерживать нормальный уровень глюкозы в крови с помощью диеты, беременной назначают инсулин
- Используют инсулин короткого и пролонгированного действия
- При диабете 2 типа перевод с сахароснижающих препаратов на инсулин
- Установка инсулиновой помпы с автоматическим контролем уровня глюкозы и инсулина

Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у беременных

Диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных крайне затруднена по следующим причинам:

- 1. Изменение топографии органов брюшной полости.
- 2. Особенности иммунного и гормонального гомеостаза, что изменяет типичную клинику острых заболеваний.
- 2. Изменение тканей на воспаление, т.к. ткани рыхлые, развита кровеносная и лимфатическая системы малого таза, что способствует тромбообразованию и распространению воспалительного процесса.

Острый аппендицит

- чаще наблюдается в ранние сроки беременности, его клиника практически не отличается от таковой вне беременности.
- Во второй половине беременности острый аппендицит протекает со стертой клинической картиной.

Особенности клинической картины острого аппендицита у беременных

- Признаки раздражения брюшины при катаральном аппендиците не выражены
- При расположении червеобразного отростка позади беременной матки симптомы раздражения брюшины, как правило, отсутствуют
- Нейтрофильный лейкоцитоз крови более 12х10^9/л , пульс более 100 уд/мин указывают на деструктивные процессы в червеобразном отростке.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита у беременных производится

- 1. <u>Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</u>
- 2. Острый пиелонефрит.
- 3. Почечно-каменная болезнь.
- 4. Острая кишечная непроходимость.
- 5. Острый холецистит, панкреатит.
- 6. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки.
- 7. Перекрут ножки кисты яичника.
- 8. В ранние сроки беременности дифференциальная диагностика с внематочной беременностью и острым правосторонним сальпингоофоритом.

Принципы лечения острого аппендицита

- Лечение при любых формах острого аппендицита у беременных только хирургическое. Объем оперативного вмешательства определяется конкретной клинической ситуацией. Беременность пролонгируется, роды ведут через естественные родовые пути.
- Если при остром аппендиците возникают осложнения беременности, требующие экстренного кесарева сечения (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты и кровотечение) производят кесарево сечение, экстирпацию матки с трубами, аппендэктомию.
- В послеоперационном периоде обязательна инфузионная и антибактеральная терапия.