

Карагандинский Государственный Медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии

СРС на тему:

**Экстрагенитальные
заболевания и беременность.**

Выполнила: ст. гр.3005 стом.
Ирикбаева А.Б.

2015 год

Содержание:

- Введение
- Понятие экстрагенитальных заболеваний
- Экстрагенитальные заболевания и беременность
- Заключение
- Список использованной литературы

Введение

- Экстрагенитальные заболевания, проявляющиеся во время беременности, являются основной причиной смертности как новорожденных, так и самих женщин. Во время беременности часто возникают ситуации, требующие медицинского вмешательства; некоторые из заболеваний, например гипертония, не вызывают видимого дискомфорта, однако и они тоже требуют лечения - только в этом случае мать и ребенок будут вне опасности.

Экстрагенитальные заболевания



- Экстрагенитальные заболевания— это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.

Артериальная гипертензия и беременность

Артериальная гипертензия является одним из предрасполагающих факторов, приводящих к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, причиной гипертензионной энцефалопатии, нарушений мозгового кровообращения, отслойки сетчатки и кровотечений. Гестоз второй половины беременности особенно тяжело протекает на фоне гипертонической болезни. Повышение артериального давления впервые отмечается обычно до 20 недель беременности. Отмечается ретинальный ангиосклероз, незначительная альбуминурия.

Лечение артериальной гипертензии

Медикаментозная терапия имеет целью стабилизацию артериального давления без резких колебаний его уровня. Применяют допегит в индивидуально подобранной дозе, бета-блокаторы (анаприлин с 16 недель по 0,1 мг 3 раза в день), антагонисты кальция — с I триместра норваск, с 20 недель можно использовать верапамил.

Пороки сердца и беременность

Противопоказания к пролонгированию беременности у женщин с пороками сердца зависят от формы порока, степени его компенсации и сочетанной патологии.

Относительные противопоказания к беременности:

Аортальный стеноз, митральный стеноз, стеноз легочной артерии, неоперированная или частично скорригированная тетрада Фалло.

Абсолютными противопоказаниями к беременности

являются: декомпенсация любого порока с развитием сердечной недостаточности 3—4 класса (одышка и сердцебиение при минимальной физической нагрузке или в покое), легочная гипертензия или выраженный цианоз.

Ранее оперированные по поводу коррекции порока сердца женщины обычно беременеют и рожают без каких-либо осложнений при условии эффективности оперативного лечения.

Ревматизм и беременность

Возможность и прогноз беременности при ревматизме зависят от стадии и активности процесса, наличия или отсутствия пороков сердца и степени их компенсации.

Неактивный ревматизм (ревматизм в анамнезе) не является препятствием к физиологическому протеканию беременности, однако необходимо провести курс противорецидивной терапии во время беременности и сразу после родов.

Активный ревмокардит является абсолютным противопоказанием к пролонгированию беременности, поскольку может привести к смерти женщины даже без формирования порока. Затяжной ревмокардит с минимальной степенью активности в ряде случаев позволяет сохранить беременность по настоянию самой беременной.

Миокардит и беременность

Миокардит неревматической этиологии может осложнить течение нормальной беременности на любом ее сроке.

Миокардит, развившийся на ранних сроках беременности и протекающий тяжело, является показанием к прерыванию беременности. Диагностировать миокардит позволяет электрокардиография и эхокардиография.

Лечение миокардитов у беременных должно осуществляться, при аритмиях — атропин, лидокаин. При установленной этиологии — этиотропная терапия. По показаниям — диуретики, обязательно — средства, улучшающие метаболизм миокарда.

Заболевания почек и беременность

Заболевания почек и беременность оказывают взаимно негативное влияние на течение друг друга. Наиболее часто сочетаются с беременностью : хронические пиелонефриты, острый гестационный пиелонефрит, хронические гломерулонефриты, почечнокаменная болезнь, аномалии развития почек.

Хронический пиелонефрит

Опасен тем, что длительное время протекает скрыто, обостряясь в период беременности (критические сроки — 10—12 и 24—26 недель). К концу II—началу III триместра может развиваться скрытая почечная недостаточность (клиренс эндогенного креатинина ниже 80 мкл/л — гестоз или прием лекарственных препаратов, ниже 60 мкл/л — скрытая почечная недостаточность). После родов заболевание стремительно прогрессирует, приводя к быстрому развитию хронической почечной недостаточности. Продолжительность жизни таких женщин ограничена несколькими годами.

Лечение хронического пиелонефрита:

Проводят массивную антибиотикотерапию в течение 8 дней затем следующие 8 дней использовать препараты нитрофуранового ряда, слабую стимуляцию диуреза растительными мочегонными. Если лечение не приносит эффекта в течение 3 дней, необходимо выяснить состояние уродинамики и при отсутствии оттока мочи выполнить катетеризацию пораженной почки.

После клинического выздоровления на всем протяжении беременности женщина должна получать курсы растительных уроантисептиков в течение 10 дней каждого месяца. После родов обязательно выполняют обследование мочевыводящей системы

Гломерулонефриты

Гломерулонефриты встречаются с частотой 1—2 беременных на 1000. Острый гломерулонефрит во время беременности служит абсолютным противопоказанием к пролонгированию беременности. После выздоровления женщине следует предохраняться в течение года для восстановления и поддержания нормальной функции почек.

Клинически хронический гломерулонефрит делится на латентный, нефротический, гипертензивный и смешанный варианты. Наиболее неблагоприятно протекает смешанный, являясь абсолютным противопоказанием к пролонгированию беременности.

Относительные противопоказания: гипертензивный и нефротический варианты. При латентном гломерулонефрите и отсутствии ХПН беременность не противопоказана. Однако в любом случае прогноз для последующей жизни неблагоприятен. После родов процесс быстро прогрессирует, в течение 2—3 лет приводя к развитию почечной недостаточности.

Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь не является противопоказанием для развития беременности. Однако необходимо выяснить природу уролитиаза (мочекислый, оксалатно-кальциевый, фосфатный дисметаболизм) и диетой достичь коррекции состояния и стабилизации процесса. При мочекислот диатезе следует исключать продукты, содержащие пуриновые основания, при оксалатно-кальциевом — листовые овощи и прочие источники оксалатов, при фосфатном — кислые фрукты и яблоки (с заменой их на клюкву и лимон).

Заболевания печени и беременность

При хронических гепатитах и циррозах печени нередко развивается бесплодие, связанное с нарушением инактивации в печени эстрогенов. Если беременность все же наступает, то протекает неблагоприятно, часто приводит к спонтанным абортам, недонашиванию, мертворождениям, высокому уровню материнской и перинатальной смертности. Если состояние беременной страдает на ранних сроках, то это показание для аборта, поздних сроках то необходимо сохранить беременность. После родоразрешения необходимо продолжать терапию глюкокортикоидами в дозе 20 мг в сутки. Абсолютно противопоказаны во время беременности цитостатики, делагил, Д-пеницилламин.

HELLP-синдром

HELLP-синдром связан со значительным повышением активности ферментов печени и снижением уровня тромбоцитов. Клиника характеризуется развитием гемолитической анемии и геморрагического синдрома. Активность печеночных ферментов и уровень билирубина возрастают в 10—20 раз. Развитие синдрома начинается обычно на 35—37 неделе. Состояние беременной внезапно резко ухудшается, возникают тошнота, кровавая рвота, другие проявления геморрагического синдрома, желтуха, судороги, приводящие к коме. Если удастся быстро родоразрешить беременную, в дальнейшем может наступить выздоровление.

Заболевания желудочно-кишечного тракта и беременность

Наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта не является абсолютным противопоказанием к беременности. Хронический гастрит и дуоденит при беременности протекают благоприятно, так же как и язвенная болезнь. Основными нарушениями со стороны ЖКТ при беременности являются рефлюксы, в том числе рефлюкс-эзофагит с выраженной изжогой, которая к концу срока гестации беспокоит женщин очень сильно, а также запоры.

Вирусные инфекции в период беременности

Банальные ОРВИ обычно не оказывают на течение беременности отрицательного влияния. Особое значение для здоровья будущего ребенка имеют грипп и аденовирусная инфекция.

Грипп в тяжелой форме в I и II триместрах является показанием к прерыванию, так как обладает тератогенным влиянием на плод.

Аденовирусная инфекция характеризуется длительной волнообразной лихорадкой и лимфаденопатией, может протекать в форме кератоконъюнктивита, пневмонии и пр. Беременность следует прерывать только при развитии осложнений.

Противовирусные препараты используются только местно. Для лечения осложнений применяют антибиотики, чаще всего пенициллинового ряда.

Коревая краснуха крайне неблагоприятно сказывается на состоянии плода. Вирус проникает через плаценту, оказывая до 16 недель тератогенный и эмбриотоксический эффект.

Вирус простого герпеса (ВПГ) проникает через плаценту и вызывает системные поражения (сердце, ЦНС, печень) у плода.

Заключение

- Среди экстрагенитальных заболеваний во время беременности для врачей наибольшую опасность представляют заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни крови, туберкулез, инфекционный гепатит, холецистит, сахарный диабет, пиелонефрит и аппендицит.
- При беременности происходит увеличение массы тела, возрастает объем циркулирующей в организме крови, происходит повышение внутрибрюшного давления, значительно усиливаются обменные процессы, что создает огромную нагрузку на сердце даже у здоровых женщин. Если у беременной к тому же порок сердца или гипертония, это представляет серьезную проблему для дальнейшего развития беременности.
- Из болезней крови во время беременности наиболее часто встречается железодефицитная анемия. Этот вид анемии провоцируют частые инфекционные заболевания, гайморит, самопроизвольные аборты или преждевременные роды в анамнезе.

Список использованной литературы:

- <http://medkarta.com/?cat=article&id=16671>
- . Айламазян Э.К. Акушерство : учеб. для мед.вузов / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., испр. и доп. - СПб. : Спец Лит, 2010
- Подзолкова Н.М., Кузнецова И. В., Глазкова О. Л. Клиническая гинекология: учеб. пособие. - М. : Мед. информ. агентство, 2009

Спасибо за внимание!!!

