

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 абортam, 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!!!**

