

Беременность при заболеваниях
сердечно-сосудистой системы и
дыхательной системы.

Беременность при заболеваниях
почек и эндокринной патологии.

Беременность при заболевании
печени и крови

Выполнил
Студент 5 курса группы Л1-163
А

Бекиров Р.Н.
Преподаватель: Румянцева З.С.

Гипертоническая болезнь

Артериальная гипертензия наблюдается у 5-15% беременных.

У большинства беременных АГ развивается до беременности, но может впервые проявиться во время нее. О наличии АГ свидетельствует артериальное давление, превышающее 140/90 мм рт.ст. Больных с АГ выделяют в группу повышенного риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

По А.Л. Мясникову различают 3 стадии болезни с делением каждой из них на фазы А и В.

I стадия А – латентная: повышение АД при перенапряжении психической сферы.

I стадия Б - транзиторная гипертония: АД повышается на некоторое время при определенных условиях, объективные изменения отсутствуют.

II стадия А - постоянная, но неустойчивая гипертония: выражены субъективные ощущения, спазмы мозговых и коронарных артерий.

II стадия Б - значительное и стойкое повышение АД: частые гипертонические кризы, приступы стенокардии, изменения глазного дна.

III стадия - склеротическая стадия.

А - компенсированная: атеросклероз сосудов почек, но без нарушения функции, атеросклероз без сердечной недостаточности, склероз мозговых сосудов, но без нарушения мозгового кровообращения.

Б - декомпенсация всех органов.

Клиническая картина

Клинические проявления гипертонической болезни при беременности имеют тот же характер, что и не у беременных женщин. Однако следует помнить о некотором снижении АД в первой половине беременности, характерном для гемодинамики здоровых беременных. Больные отмечают постоянные или периодические головные боли, шум в ушах, нарушения сна, эпизодические носовые кровотечения, одышку при физической нагрузке.

Для решения вопроса о возможности продолжения беременности женщин с гипертонической болезнью М.М.Шехтман выделил три степени риска.

Гипертоническая болезнь I стадии относится к I степени риска, II стадия — ко II степени, III стадии и злокачественная артериальная гипертензия — к III степени.

При I степени риска беременность, как правило, заканчивается благополучно, при II степени на фоне адекватного лечения можно довести беременность до благополучного конца. При III степени риска беременность противопоказана.

При I степени риска беременные нуждаются в осмотре терапевтом и акушером 2 раза в месяц. В случае присоединения гестоза показано стационарное лечение. В случае установления II или III степени риска при беременности до 12 нед. необходимо провести стационарное обследование женщины для уточнения стадии заболевания и решения вопроса о продолжении беременности.

Лечение

Во время беременности проводят лечение гипертонической болезни. Основным методом лечения является применение антигипертензивных средств. Использование ряда из них ограничено из-за неблагоприятного влияния на плод, поэтому разработанные в настоящее время эффективные схемы антигипертензивного лечения не всегда можно применять у беременных.

Особое значение у беременных приобретает немедикаментозная терапия (седативная физиотерапия, фитотерапия, коррективировка питания, ограничение приема поваренной соли — менее 6 г в сутки).

Из медикаментозных средств у беременных используют диуретики, спазмолитики, антагонисты ионов кальция, стимуляторы адренергических рецепторов, вазодилататоры, ганглиоблокаторы. Из диуретиков предпочтение следует отдавать калийсберегающим препаратам: триамтерену (по 25—50 мг/сут), спиронолактону (по 25—50 мг/сут) или тиазидовому диуретику индапамиду (по 2,5 мг/сут), который обладает натрийуретическим эффектом и способствует периферической вазодилатации, не уменьшая сердечного выброса и числа сердечных сокращений. Диуретики применяют курсами по 1—3 дня через 7—10 сут.

Родоразрешение у женщин с гипертонической болезнью чаще всего осуществляют через естественные родовые пути на фоне обезболивания и гипотензивной терапии. При этом I период родов ведется с адекватным обезболиванием при продолжающейся гипотензивной терапии и ранней амниотомии, контролем АД. В периоде изгнания контроль АД, гипотензивная терапия усиливается с помощью ганглиоблокаторов вплоть до управляемой гипотонии. В зависимости от состояния роженицы и плода II период сокращают, производя перинеотомию или наложение акушерских щипцов. В III периоде родов осуществляют контроль АД, профилактические меры для снижения кровопотери; с последней потугой вводится 1 мл метилэргометрина. На протяжении всего родового акта периодически осуществляют профилактику гипоксии плода. Кесарево сечение производят по акушерским показаниям или при состояниях, угрожающих здоровью и жизни матери (отслойка сетчатки, расстройство мозгового кровообращения и т.д.).

Тактика ведения беременных с приобретенными ревматическими пороками сердца.

Л.В.Ванина предложила различать четыре степени риска не благоприятного исхода беременности у больных с пороками сердца. Эта классификация разработана с учетом функциональной способности сердца степени активности ревматического процесса и наличия тех или иных осложнений (легочная гипертензия, мерцательная аритмия и др.).

Классификация степени риска неблагоприятного исхода беременности у больных с пороками сердца

Степень I — беременность при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса;

Степень II — беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахикардия), наличии признаков активной фазы ревматизма (степень A1 по А.И.Нестерову);

Степень III — беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, наличии активной фазы ревматизма (A2), мерцательной аритмии, легочной гипертензии;

Степень IV— беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой недостаточности и мерцательной аритмии с тромбозмбическими проявлениями легочной гипертензии.

На основании этой схемы сохранение беременности можно считать допустимым при I и II степени риска при условии, что больная будет находиться под наблюдением в акушерском учреждении в течение всей беременности (амбулаторно в консультативно-диагностическом центре и стационаре с трехкратной госпитализацией).

Первую госпитализацию проводят в срок 8—12 нед в терапевтическое отделение для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности.

Второй раз беременную госпитализируют в срок 28—32 нед в отделение патологии беременных для проведения лечебно-профилактических мероприятий (кардиотоническая, антиревматическая, десенсибилизирующая, умеренно дегидратационная, общеукрепляющая терапия).

Третий раз госпитализируют за 2—3 нед до родов в отделение патологии беременных для подготовки к родоразрешению.

При III и IV степени риска беременность противопоказана. В случае отказа от прерывания беременности в течение всей беременности проводят кардиальную терапию, и иногда к моменту родоразрешения удается добиться положительных результатов.

В настоящее время интенсивное наблюдение в условиях специализированного стационара и длительное лечение больных с пороками сердца позволяют у большинства из них сохранить беременность и с успехом провести роды.

Стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия (митральный стеноз).

Примерно у 85 % беременных с митральным стенозом отмечаются признаки сердечной недостаточности. Наиболее часто они появляются или начинают нарастать с 12—20-й недели беременности. Восстановление гемодинамики у рожениц начинается лишь через 2 нед после родов.

Во время беременности необходимо уточнить степень активности ревматического процесса, так как она определяет акушерскую тактику, служит критерием при решении вопроса о том, сохранить или прерывать беременность.

Тактика ведения беременности при митральном стенозе зависит от степени сужения предсердно-желудочкового отверстия. При митральном стенозе I степени беременность может быть сохранена в отсутствие обострения ревматического процесса, сердечной недостаточности и нарушения сердечного ритма. При выраженном митральном стенозе (II и III степени), когда диаметр предсердно-желудочкового отверстия 1,5 см или меньше, беременность противопоказана. В анамнезе у таких пациенток, как правило, имеются указания на острый отек легких, кровохарканье, частые пневмонии. При сужении II и III степени наблюдаются сердечная недостаточность, тахикардия, тахипноз, застойные хрипы в легких, увеличение печени, имеется опасность развития отека легких. При этом ни один способ родоразрешения (наложение акушерских щипцов, кесарево сечение) не помогает его купировать. У пациенток с митральным стенозом II—III степени беременность следует прервать в ранние сроки и рекомендовать в последующем митральную комиссуротомию. Если больная категорически настаивает на сохранении беременности, то ее продлонгирование допустимо только на фоне стационарного лечения и при обеспечении возможности выполнения операции на сердце во время беременности.

Бронхиальная астма

В подавляющем большинстве случаев бронхиальная астма — аллергическое заболевание. Чаще она развивается до беременности, но может впервые возникнуть во время беременности. Приступы удушья у одних женщин развиваются в начале беременности, у других — во второй половине.

Возникновение астмы у беременных связывают с изменениями, происходящими в организме женщины, в частности с изменением синтеза простагландинов, вызывающих бронхоспазм. Астма, возникшая во время беременности, может исчезнуть после родов, но может остаться как хроническое заболевание. С учетом того, что при беременности увеличивается содержание кортизола, преднизолона и гистаминазы в плазме, у большинства больных бронхиальной астмой можно было бы ожидать некоторого улучшения. Однако клинические наблюдения не подтверждают это предположение. Только у 20 % больных сохраняется ремиссия, а у 10 % наступает улучшение во время беременности. У подавляющего большинства (70 %) беременных заболевание протекает тяжелее, причем преобладают среднетяжелые и тяжелые формы обострения с ежедневными неоднократными приступами удушья, периодически возникающими астматическими состояниями,

У больных бронхиальной астмой чаще, чем у здоровых женщин, наблюдаются токсикоз и гестоз. У них могут родиться недоношенные и маловесные дети; астма, хотя и довольно редко, бывает причиной антенатальной смерти плода.

Бронхиальная астма не является противопоказанием к беременности. Только при повторяющихся астматических состояниях и явлениях легочносердечной недостаточности может встать вопрос о досрочном родоразрешении. У больных бронхиальной астмой роды могут быть самопроизвольными, так как приступы удушья в родах нетрудно предотвратить.

Лечение бронхиальной астмы заключается прежде всего в предотвращении и купировании приступов удушья. В легких случаях бывает достаточно применения бронхолитических препаратов в виде ингаляций и таблеток; адреномиметика изадрина, вводимого с помощью ингалятора и в таблетках по 0,005 г под язык, или алупента (астмопент) — по 0,02 г под язык или 1—2 вдоха из ингалятора, микстуры, состоящей из эуфиллина (3 г), алтейного сиропа (40 мл) и 12 % этилового спирта (360 мл), по 1 столовой ложке на прием, теофедрина или антастмана, солутана в каплях, но эти препараты содержат фенобарбитал и красавку, противопоказанные беременным, поэтому систематически с целью профилактики приступов их применять не следует. При легком приступе удушья одновременно назначают горячее питье, горчичники или банки.

В случае недостаточного эффекта в мышцу или вену вводят 30 мг преднизолона каждые 3 ч до купирования астматического состояния, постепенно увеличивая интервалы между инъекциями. При метаболическом ацидозе вливают 200 мл 4 % раствора натрия гидрокарбоната. Подкожно вводят 2—4 мл кордиамина для стимуляции дыхательного центра. Через носовой катетер постоянно вводят кислород, периодически в смеси с закисью азота. Если в течение 1 — 1,5 ч состояние не улучшается, сохраняется аускультативная картина "немного легкого", то при помощи анестезиолога приступают к искусственной вентиляции легких с активным разжижением и отсасыванием мокроты.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК

Среди экстрагенитальных заболеваний беременных патология почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь) занимает ведущее место. Заболевания почек оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности, родов, послеродового периода и состояние плода.

Беременность ухудшает течение пиелонефрита и гломерулонефрита.

Факторами, способствующими обострению заболеваний почек, являются гормональные, гуморальные и анатомические изменения в организме беременных.

Пиелонефрит беременных

Пиелонефрит — неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, сопровождающийся поражением интерстициальной ткани почек, канальцевого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы. У беременных процесс чаще развивается в правой почке.

Пиелонефрит развивается у 6—7 % беременных, чаще во второй половине беременности. Беременные с пиелонефритом составляют группу высокого риска возникновения осложнений беременности (невынашивание, гестоз, гипотрофия плода, азотемия и др.). Степень риска развития осложнений зависит от длительности пиелонефрита, степени поражения почек, общего состояния организма.

Выделяют три степени

- степень I — неосложненное течение пиелонефрита, возникшего во время беременности;**
- степень II — хронический пиелонефрит, развившийся до наступления беременности;**
- степень III — пиелонефрит, протекающий с артериальной гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки.**

Наиболее тяжелые осложнения возникают при III степени риска, поэтому беременность при ней противопоказана.

У беременных пиелонефрит может протекать как в острой, так и хронической форме.

Лечение острого пиелонефрита начинают с восстановления нарушенного пассажа мочи под контролем УЗИ, которое позволяет оценить степень расширения почечных лоханок. На начальных этапах развития заболевания рекомендуется проводить так называемую позиционную терапию: больную укладывают на кровать с приподнятым ножным концом в положение на "здоровом" боку с приведенными к животу ногами, что способствует отклонению беременной матки и уменьшению давления на мочеточник.

Антибактериальные препараты назначают в зависимости от вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам. При этом предпочтение следует отдавать препаратам, не оказывающим выраженного отрицательного влияния на состояние плода; полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин, натриевая или калиевая соль пенициллина), цефалоспорины (цепорин). Для усиления антибактериальной терапии антибиотики назначают в комбинации с нитрофуранами (фурагин) и химиопрепаратами (5-НОК). Одновременно проводят инфузионную дезинтоксикационную терапию (гемодез, лактосол и т.д.).

Лечение хронического пиелонефрита

зависит от активности процесса. Лечение обострения мало чем отличается от терапии при остром пиелонефрите. После устранения активного процесса беременная должна находиться на диспансерном учете и систематически получать терапию. Во время беременности она включает в основном соответствующую диету с ограничением потребления острой пищи и использованием кислого питья (клюквенный морс), витаминотерапию, антибактериальные и диуретические фитосборы (плоды можжевельника, хвощ полевой, корень солодки, толокнянка, листья березы, трава василька синего, под-пала и т.д.).

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит — инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождающееся поражением клубочкового аппарата почек. Частота его составляет 0,1—0,2%. Острый гломерулонефрит во время беременности нередко протекает под видом тяжелых форм гестоза.

Клиническая картина

У беременных чаще выявляют хронический гломерулонефрит, который протекает в нескольких формах: нефротической гипертонической, смешанной (отечно-гипертонической), латентной. Как правило, встречается латентная форма, при которой течение беременности родов и послеродового периода наиболее благоприятно. Максимальная степень риска отмечается у беременных со смешанной формой, острым гломерулонефритом и любой формой заболевания, сопровождающейся азотемией и почечной недостаточностью.

Лечение

Общепринятая терапия гломерулонефрита с использованием цитостатических средств и иммунодепрессантов у беременных не может быть применена в связи с эмбриотоксическим действием препаратов.

В комплексном лечении гломерулонефрита используют гипотензивные препараты: вазодилататоры, симпатолитики, спазмолитики. Для устранения внутриклубочковой внутрисосудистой коагуляции и нормализации микроциркуляции используют гепарин (15 000—20 000 ЕД/сут) и дезагреганты (трентал по 0,2—0,3 г/сут, курантил по 4—6 мг/сут), ацетилсалициловую кислоту (0,25—0,5 г/сут). Из мембранстабилизаторов и антиоксидантов применяют липостабил (по 2 капсулы 3 раза в день), эссенциале-форте (по 2 капсулы 3 раза в день), витамин Е (по 100—150 мг/сут). В комплексное лечение гломерулонефрита входят фитосборы, оказывающие седативное и мочегонное действия, а также физиотерапевтические методы: ультразвук на область почек, гальванизация "воротниковой" зоны.

АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Во время беременности увеличиваются объем циркулирующей крови и его составляющие — объем плазмы и объем эритроцитов, причем объем плазмы возрастает больше, чем объем эритроцитов. Происходит разведение эритроцитов в большом количестве жидкости, относительное уменьшение их числа при абсолютном увеличении объема плазмы. Это состояние называется гидремией и не является анемией, хотя наблюдается закономерное снижение показателей красной крови.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а и д и а г н о с т и к а

Часто больные с анемией не предъявляют никаких жалоб. Однако могут наблюдаться слабость, одышка, головокружение, обмороки. Нередко появляются трофические изменения, связанные с дефицитом в организме ферментов, содержащих железо: выпадение волос, ломкость ногтей, трещины в углах рта.

В крови при анемии выявляют уменьшение содержания гемоглобина (115 г/л и менее), количества эритроцитов (менее $3,7 \cdot 10^{12}/л$, цветной показатель 0,85 и ниже), уровня железа сыворотки крови (менее 10 ммоль/л).

Диагноз истинной анемии (а не гидремии беременных) подтверждается при обнаружении в мазке крови измененных эритроцитов — пойкилоцитов и анизоцитов.

Различают анемию легкой, средней и тяжелой степени. При анемии легкой степени содержание гемоглобина в крови составляет 90—115 г/л, при средней степени тяжести — 80—90 г/л и при тяжелой анемии — менее 80 г/л.

Лечение

В лечении анемии у беременных важное значение имеет диета. Женщине следует потреблять не менее 120 г белка в день. Из мяса всасывается 6 % железа, а из растительной пищи — только 0,2 %. Анемию лечат препаратами железа, которые принимают внутрь в таблетках или капсулах. Внутривенное или внутримышечное введение препаратов железа не имеет преимуществ, но может привести к тяжелым осложнениям. Феррокаль и ферроплекс следует принимать в больших дозах — по 2 таблетки 3—4 раза в день. Конферон содержит в 4 раза больше железа, поэтому его назначают в меньших дозах — 1 капсула 3 раза в день. Тардиферон — препарат пролонгированного действия, его рекомендуется принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Лечение анемии длительное и не предполагает быстрого достижения эффекта. Содержание гемоглобина в большинстве случаев увеличивается к концу 3-й недели лечения, нормализация этого показателя происходит еще позже — через 9—10 нед, но самочувствие больной улучшается быстро. Очень важно, добившись выздоровления беременной, не прекращать лечения в течение 3 мес, так как предстоят роды с неизбежной кровопотерей, длительный период кормления ребенка грудью, что может вызвать рецидив анемии.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сахарный диабет - заболевание, характеризующееся недостаточностью инсулина в организме: абсолютной, когда поджелудочная железа вырабатывает малое количество гормона, или относительной, когда ткани больного человека невосприимчивы к инсулину, хотя секреторная функция поджелудочной железы не нарушена.

Болезнь встречается у 0,5% от общего количества рожаящих женщин, причем число беременных с диабетом ежегодно увеличивается в связи с аналогичной тенденцией в популяции.

Диабет беременных (гестационный) - это транзиторное нарушение толерантности к глюкозе, впервые выявляемое во время беременности. Встречается у 4% беременных при наличии диабета у родственников и при отягощенном акушерском анамнезе.

Гестационному диабету присуща относительная инсулиновая недостаточность. Выявляется чаще в 27-32 нед беременности, исчезает через 2-12 нед после родов. Патогенез диабета беременных сходен с патогенезом сахарного диабета II типа. Различие состоит в том, что основными факторами, определяющими инсулинорезистентность, являются свойственные беременности гормональные и метаболические изменения.

Если у женщины имел место гестационный диабет, то в течение 10-20 лет после родов развивается диабет как хроническое заболевание, чаще трансформируясь в диабет II типа (риск в 306 раз выше, чем в популяции).

Для плода глюкоза необходима в качестве основного источника энергии, поэтому действие основных гормонов беременности (плацентарного лактогена, эстрогенов, прогестерона, а также кортикостероидов) контринсулярное. Нормальная беременность характеризуется понижением толерантности к глюкозе, чувствительности к инсулину, усиленным распадом инсулина и увеличением уровня свободных жирных кислот. Физиологические изменения углеводного обмена при беременности расцениваются как сходные с изменениями при сахарном диабете, поэтому беременность

Течение сахарного диабета при беременности

I триместр: улучшение течения болезни, снижение уровня глюкозы в крови, гипогликемия. Госпитализация для компенсации сахарного диабета, решение вопроса о пролонгировании беременности.

II триместр: рост гипергликемии, увеличение дозы инсулина (контринсулярные гормоны плаценты). Госпитализация в 20-24 нед для коррекции гипогликемии.

III триместр: с 32 нед гипогликемии, декомпенсация сахарного диабета. Госпитализация в 32 нед для компенсации диабета и решения вопроса о сроках и методах родоразрешения.

Госпитализация осуществляется:

- 1) в начале беременности для компенсации диабета;**
- 2) в 20-24 нед для коррекции гипергликемии;**
- 3) в 32 нед для компенсации диабета и решения вопроса о сроках и методах родоразрешения.**

Противопоказания к беременности при сахарном диабете

- Диабетические микроангиопатии.
- Инсулинорезистентные и лабильные формы диабета с склонностью к кетоацидозу.
- Заболевание диабетом обоих супругов.
- Сочетание диабета и резус-сенсibilизации.
- Сочетание диабета и активного туберкулеза.
- Наличие в анамнезе повторных мертворождений или детей с пороками развития.

Основной принцип ведения беременности при СД — строгая, стабильная компенсация СД за счет восстановления обменных процессов, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена, которую по необходимости проводят совместно с эндокринологом путем индивидуального подбора дозы инсулина или соответствующей диеты. У беременных с СД уровень глюкозы в крови натощак должен быть в пределах 3,3—4,4 ммоль/л, а через 2 ч после еды — не более 6,7 ммоль/л.

С учетом приведенных характерных для СД особенностей родового акта следует отметить следующие моменты.

- 1. Необходимость тщательной подготовки родовых путей по одной из существующих схем.**
- 2. При подготовленных родовых путях родовозбуждение целесообразно начинать с амниотомии с последующим созданием гормонального фона. При развитии эффективной родовой деятельности роды ведут через естественные родовые пути с широким применением спазмолитических средств.**
- 3. Для предупреждения вторичной слабости родовой деятельности при раскрытии шейки матки на 7—8 см необходимо начать внутривенное введение окситоцина и продолжить его по показаниям до рождения ребенка.**
- 4. В родах необходимо тщательно следить за состоянием матери и плода, регулярно проводить профилактику гипоксии плода, контроль гемодинамических показателей матери и лечение сочетанного гестоза.**
- 5. С целью профилактики декомпенсации СД в родах у роженицы необходимо регулярно (через 1—2 ч) определять уровень глюкозы в крови. Для предупреждения энергетического дефицита и декомпенсации заболевания с началом регулярной родовой деятельности у всех рожениц с СД I типа, некоторых рожениц с ГСД и СД II типа показано введение 10 % раствора глюкозы с инсулином. Регулярное поступление определенного количества глюкозы с инсулином позволяет достигнуть оптимального уровня глюкозы крови в родах — 6—7 ммоль/л. При значительном повышении уровня гликемии в родах коррекция СД может быть проведена путем введения инсулина.**

Спасибо за внимание!

