

**ГБПОУ НО НМК**

**Теоретическое занятие №9**

# Тема: Особенности ведения беременности и родов при экстрагенитальных заболеваниях

ПМ 02 Лечебная деятельность

МДК 02.03 Оказание акушерско – гинекологической помощи

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

преподаватель Александрина Е.А.

Нижний Новгород

2018 г

## Цели занятия

**Формирование ПК 2.3 в части  
знаний оказания акушерско –  
гинекологической помощи  
ОК 4, ОК 6, ОК 9, ОК11, ОК13**

### **ЗНАТЬ:**

- 1.Изменения в различных системах организма во время беременности
- 2.Влияние беременности на течение экстрагенитальных заболеваний
- 3.Клинику, методы диагностики, принципы диспансеризации и комплексного лечения заболеваний сердечно – сосудистой, дыхательной, мочевыделительной эндокринной кроветворной систем, особенности течения и ведения беременности, выполнение лечебных вмешательств и показания к прерыванию беременности.
- 4.Фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов
5. Показания и противопоказания к применению лекарственных средств
6. Побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп

## Актуальность темы

В аналитических обзорах ВОЗ и МЗ РФ отмечается возрастание частоты возникновения экстрагенитальной патологии у беременных (особенно сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний).

Актуальность диагностики заболеваний внутренних органов у беременных обусловлена необходимостью лечения экстрагенитальной патологии, профилактики и лечения осложнений беременности и родов.

Проблема беременности при терапевтических заболеваниях остается одной из важнейших в современной медицине.

Необходимость сохранения здоровья матери и ненанесение вреда ребенку – одна из главных задач медицинского работника. В решении этой задачи важную роль играет акушерка

## **Беременность и роды при заболеваниях сердечно – сосудистой системы**



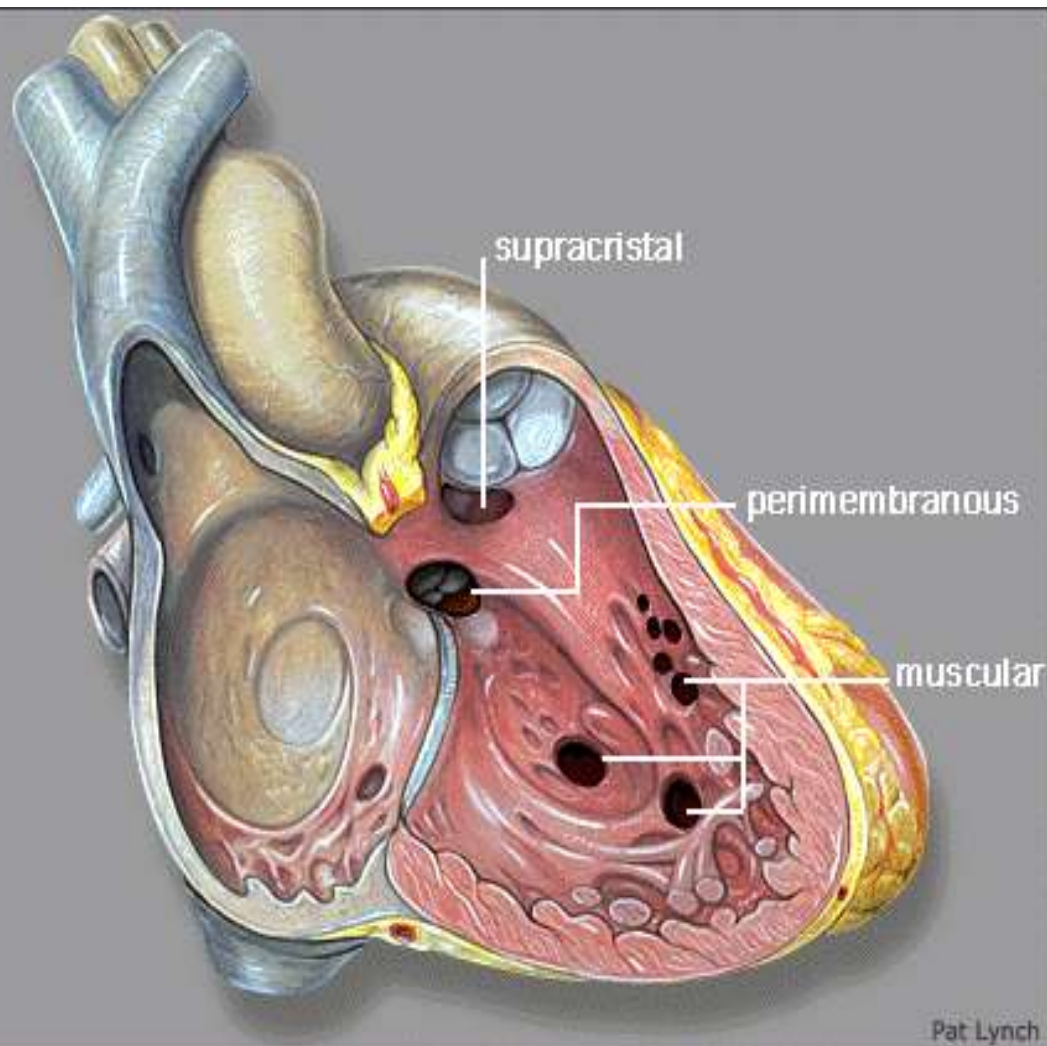
### **Физиология сердечно-сосудистой системы при беременности**

Гемодинамические изменения, возникающие во время беременности, являются адаптацией к совместному существованию организмов матери и плода.

Во время беременности развивается :

- физиологическая гиперволемия
- физиологическая та-хикардия
- значительное увеличение сердечного выброса
- увеличение скорости кровотока на ранних сроках
- снижение уровня АД на ранних сроках

# Дефект межжелудочковой перегородки – наличие прямого сообщения между правым и левым желудочком



## Различают дефекты:

- в мембранозной части МЖП (верхние дефекты)
- в мышечной части МЖП (нижние дефекты), могут быть множественными.

## Методы исследования сердечно – сосудистой системы у беременных

- Анамнез
- Объективное исследование
- Электрокардиография
- Эхокардиография
- Реография (Пробы с нагрузкой)
- Пробы с физической нагрузкой до частоты сердечных сокращений 150 в минуту применяют и у беременных.
- Мониторирование АД и ЭКГ
- Исследования функции внешнего дыхания и кислотно-щелочного состояния
- Исследования крови



## Госпитализации:

1. До 10 (12) недель беременности
2. На 28-32 неделе беременности
3. На 38-39 неделе беременности
4. При ухудшении состояния беременной
5. Появление признаков ХСН
6. Осложненное течение беременности
7. Прерывание беременности по медицинским показаниям

## Дефект межжелудочковой перегородки

- Риск для роста и развития плода небольшой
- Наиболее опасные периоды – интранатальный и ранний постнатальный



# Дефект межжелудочковой перегородки

## Возможные осложнения

- Острая, хроническая легочная гипертензия
- Острая, хроническая недостаточность ПЖ
- Острая системная тромбоэмболия
- Интракардиальный тромбоз
- Плохая переносимость острой кровопотери и вазодилатации в родах

# Дефект межжелудочковой перегородки

## Диагностика во время беременности

- Осмотр кардиолога ежемесячно с момента постановки на учет
- ЭхоКГ не реже 1 раза в месяц (оценка функции ПЖ, ЛЖ, ПП, давления в Легочной артерии)
- ЭКГ не реже 1 раза в месяц

# Дефект межжелудочковой перегородки

## Лечебная тактика ведения беременности

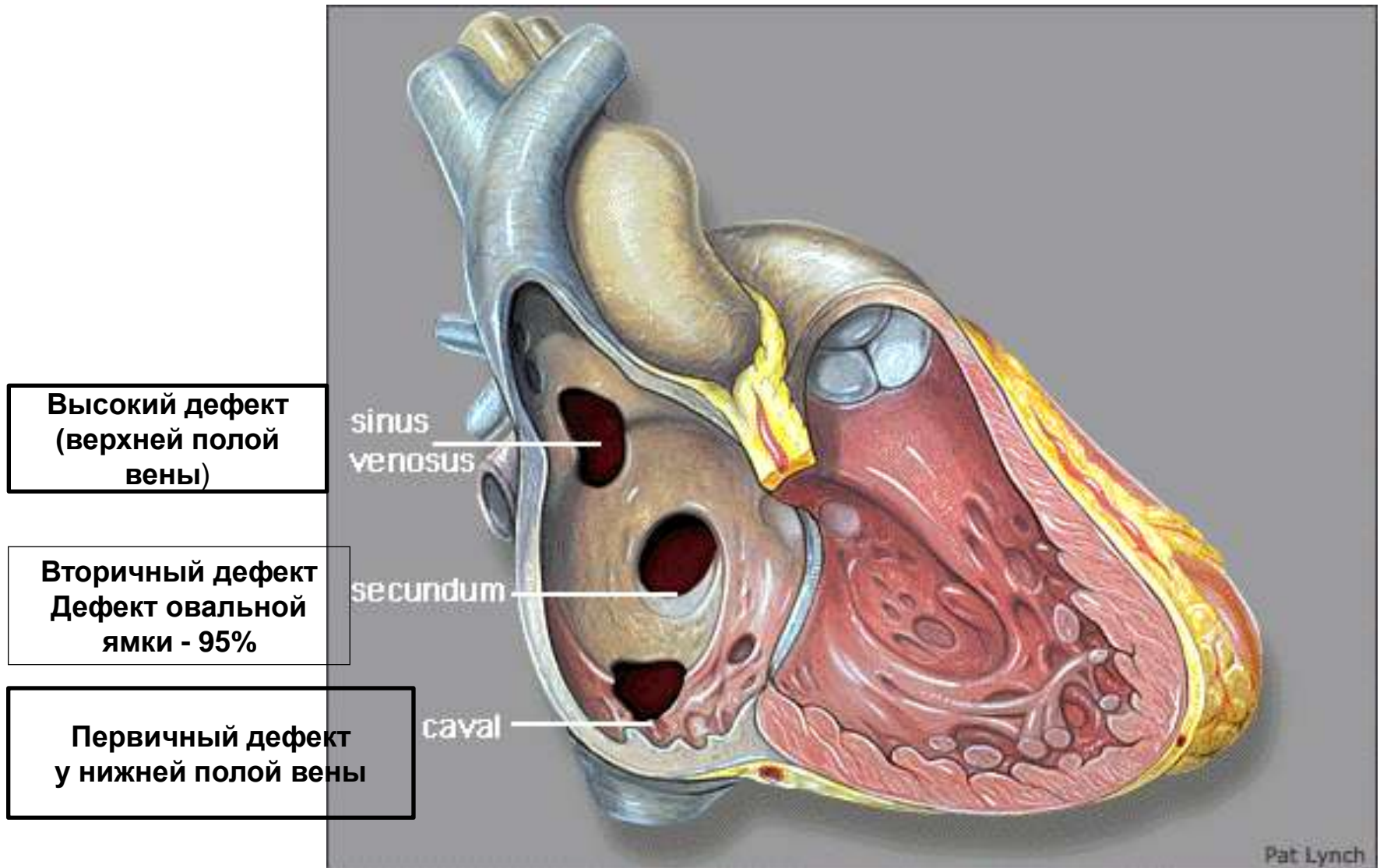
- Постельный режим или минимизация физической активности
- Коррекция легочной гипертензии
- Коррекция правожелудочковой недостаточности
- Антиагрегантная терапия
- Противопоказаны системные вазодилататоры (нитраты, ганглиоблокаторы)

# Дефект межжелудочковой перегородки

## Родоразрешение:

- При низком дефекте – через естественные родовые пути
- При высоком дефекте с незначительной или умеренной легочной гипертензией, СН I ФК – через естественные родовые пути с укорочением потуг
- При высоком дефекте с высокой легочной гипертензией, СН III-IV ФК – беременность противопоказана  
(Рекомендации РКО 2013)
- Родоразрешение путем кесарева сечения с применением закиси азота, возможно использовать аэрозоль простаглицлина (Окли С., Уоренс К.А. Заболевание сердца у беременных. 2010)

# Дефект межпредсердной перегородки



Встречается в различных анатомических вариантах

# Дефект межпредсердной перегородки

Прогноз для беременности благоприятный – шунт крови из ЛП в ПП компенсируется снижением ОПСС

## Возможные осложнения:

- Аритмия
- Систолическая дисфункция ЛЖ
- Легочная гипертензия
- Парадоксальная эмболия
- Часто преэклампсия и СЗРП
- Плохая переносимость острой кровопотери

# Дефект межпредсердной перегородки

## Диагностическое наблюдение при беременности:

- Осмотр кардиолога 1 раз в триместр
- ЭхоКГ в I и III триместрах (размер дефекта, размер ПП, наличие и динамика шунта, давление в ЛА)
- ЭКГ в I и III триместрах

## Лечебная тактика ведения беременности:

- При длительном постельном режиме – профилактика тромбозов
- Симптоматическая терапия
- При вторичном дефекте МПП и ухудшении состояния беременной, подтвержденным ЧПЭхоКГ – катетрное закрытие дефекта по Amplatzer

# Митральный стеноз

## Признаки начинающихся осложнений:

- Нарастание тахикардии, появление аритмий
- Одышка
- Патологические изменения ЭКГ
- Снижение скорости кровотока в аорте
- Нарушение функции ЛЖ
- Признаки застойной правожелудочковой недостаточности или отека легких



# Митральный стеноз

## Диагностическая тактика ведения беременности:

- Осмотр кардиолога ежемесячно
- ЭКГ и ЭхоКГ ежемесячно
- Важные показатели ЭхоКГ:
  - а) площадь митрального отверстия;
  - б) трансмитральный поток;
  - в) трансмитральный градиент и его динамика;
  - г) давление в легочной артерии;
  - д) оценка ЛП и ЛЖ;
  - е) при комбинированном митрально-аортальном стенозе обязательно расчет площади сечения аортального клапана

# Митральный стеноз

## Родоразрешение

- Роды предпочтительно вести вагинальным путем (Рекомендации РКО 2013)
- При стенозе любой степени тяжести с СН I-II ФК без легочной гипертензии – вагинальное родоразрешение. При умеренном и тяжелом стенозе с СН III-IV ФК или с легочной гипертензией – кесарево сечение. (Рекомендации ESC по лечению сердечно-сосудистых заболеваний у беременных, 2012)
- Роды предпочтительно вести вагинальным путем под эпидуральной анестезией (Окли С., Уоренс К.А. Заболевание сердца у беременных, 2010)

## Недостаточность клапанов левых отделов сердца

При митральной и аортальной недостаточности течение беременности более благоприятное, чем при стенозах устья аорты и митрального отверстия.

Факторами риска неблагоприятного исхода беременности у таких пациенток являются:

- Выраженная систолическая дисфункция ЛЖ (ФВ меньше 40%)
- Аритмии
- Сочетание со стенотическими пороками сердца
- Высокий ФК СН (III-IV ФК)

В этих случаях восстановление клапана следует произвести до наступления беременности

# Беременность и роды при артериальной гипертензии

## Классификация уровней АД

Категории АД	САС	ДАД
Оптимальное	100 -120	60-80
нормальное	120 -129	80 -84
Высокое нормальное	130- 139	85 -89
АГ 1 ст	140 -159	90 -99
АГ 2ст	160 -179	100- 109
АГ3ст	Более 180	Более110
Изолированная систолическая гипертензия	Более 140	Менее 90

## Язвенная болезнь и беременность

Клинические проявления ЯБ во время беременности определяются локализацией язвы и частотой обострений. При неосложненной ЯБ ведущими являются боль и диспепсис. Боль разлитого характера, преимущественно в верхнем правом квадранте живота, имеет четкую связь с приемом пищи, характеризуется периодичностью.

Рвоту необходимо отличать от рвоты при раннем гестозе беременных. В последнем случае она сопровождается мучительной тошнотой, не успокаивается приемом пищи и не приносит облегчения. При ЯБ рвота возникает на фоне пищеварения и приносит облегчение больной



# Сахарный диабет и беременность.

## Три основных вида сахарного диабета

- I типа – инсулинозависимый (ИЗСД);
- II типа – инсулинонезависимый (ИНСД);
- III типа – гестационный диабет (ГД), который развивается после 28 недель беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности



# Железодефицитная анемия и беременность

Классификация по степени тяжести:

<b>Степень тяжести</b>	<b>Гемоглобин,  г/л</b>	<b>Эритроциты,  10<sup>12</sup>/л</b>	<b>Гематокрит  %</b>
<b>I, легкая</b>	<b>109-100</b>	<b>3,6-3,2</b>	<b>34 -30</b>
<b>II, средняя</b>	<b>99-80</b>	<b>3,2-2,6</b>	<b>30 -26</b>
<b>III, тяжелая</b>	<b>Менее 80</b>	<b>2,6-1,8</b>	<b>25-22</b>

## Антианемическая терапия у беременных

Препарат	Лечение	Профилактика
Гино-тардиферон	2 таблетки в сутки	1 таб в сут
Сорбифер дурулес	1-2 таблетки в сутки	1 таб в сут
Тотема	100-200 мг/сут (20-40 мл) в простой или подслащенной воде. натошак	50 мг/сут
Фенюльс	1 капсула 2 раза в сутки 4-12 нед	1 капс в сут
Ферро-фольгамма	1 капсула 3 раза в сутки 3-4 нед (при легкой анемии): 1 капсула 3 раза в сутки 8-12 нед (при среднетяжелой): 2 капсулы 3 раза в сутки 16 нед и более (при тяжелой), после еды	1 кап в сут
Ферроплекс	2 драже 3 раза в сутки, натошак	1 драже 1, 2, 3 в сутки



**Спасибо за внимание!**

