**Беременность и экстрагенитальная патология**

ПЛАН

I Введение

II Основная часть

Особенности течения ревматизма во время беременности

Тактика при обострении

Нарушение ритма сердца

Пароксимация тахикардия

Мерцательная аритмия

Нарушение проводимости

Беременность и гипертоническая болезнь

III Заключение

В основном у беременных женщин (40%) беременность протекает без осложнений. Это значит, что без токсикозов беременных и без экстрагенитальных заболеваний. Остальные ( 60-70% ) наличие ПТБ в обусловлено скрытой или хронической экстрагенитальной патологией.

Анализ течения беременности позволяет утверждать, что без осложнений протекает беременность только в 20% и наличие ЭП в 30-40%, ПТБ - в 17%. Угроза прерывания беременности в 12% , влияет на внутриутробное развитие плода и его дальнейшее развитие. Можно отметить, что ПТБ и УВ и ПрР тоже является проявлением ЭП.

Работа систем женского организма и ряда органов во время беременности идёт на грани с патологией, и имеются “критические сроки”, когда легко наступает срыв, той или иной системы или органов.

Приобретают актуальное значение проблемы ведения беременности у женщин с ЭП на фоне снижения рождаемости. 60% всех заболеваний считаются наследственно детерминированными и нужно помнить о наследственной детерминации многих заболеваний.

Как влияет ЭП на течение беременности и развитие плода нужно знать, и ещё знать как влияет сама беременность на ЭП. Это позволяет правильно вести беременность и сохранить здоровье женщины и получить здоровое потомство.

Как экстремальное состояние следует рассматривать беременность. Очень часто во время беременности течение заболевания ухудшается, и оно прогрессирует.

Это связано:

1. с иммунной перестройкой женского организма. По принципу: повышение - снижение повышение – истощение. А так как плод оценивается организмом женщины как чужой, происходит депрессия иммунной реактивности. Таким образом заболевания как пиелонефрит, митральный стеноз, ревматоидные пороки, гипертоническая болезнь прогрессируют и ухудшаются.
2. нейро-эндокринная регуляция во время беременности меняется, это приводит к ухудшению течения сахарного диабета, гипертонической болезни, заболеваний щитовидной железы, надпочечников.
3. физиологические изменения во время беременности , это приводит также к ухудшению течения заболеваний, которые вне беременности были в стадии неустойчивой компенсации. Или приводят к ложной диагностике.

Системна заболеваний соединительной ткани, с преимущественной локализацией в органах кровообращения называется ревматизмом. Ревматизм во время беременности обязательно обостряется. Во время беременности имеет место высокая продукция глюкокортикоидов, которые оказывают влияние на течение ревматизма.

Большое влияние оказывают трудности диагностики ревматизма во время беременности потому , что типичные клинические признаки и лабораторные данные - утомляемость, субфибралитет, слабость, одышка при физической нагрузке, лейкоцитоз и СОЭ тахикария, аритмия, могут быть и при физиологическом течении беременности. Но ещё ревматизм во время беременности может протекать под маской анемии и нарушения кровообращения.

Во время беременности частота обострения ревматизма у больных с ревматизмом составляет 10-12-16%, и есть два пика обострения. ранней иммунной депрессией. 1) Продолжение латентного ревматизма, особенно на фоне угрожающего выкидыша. Характерным для этого срока в клинике обострения ревматизма является недостаточность кровообращения. 2) послеродовой период на фоне ослабления защитных механизмов, истощения иммунных резервов. В остальные сроки беременности обострение наступает редко.

Тактика при обострении

Салицилаты в период раннего органогенеза повреждают кроветворение, а перед родами увеличивают частоту внутричерепных кровоизлияний до 80%.В самом начале беременности наличие активного процесса является показателем для прерывания беременности, так как применение силицилатов и глюкокортикоидов противопоказано из-за тератогенного действия на плод (период органогенеза). Глюкокортикоиды подавляют органы, функциогенез надпочечников плода, вызывая врожденную надпочечниковую недостаточность;

Острый и подострый Р. всё время действующий, в любом сроке беременности. (на первой стадии активности Р **.** по требованию женщины беременность может быть сохранена);

Особенно в послеродовом периоде велик риск тромбоэмболии , а беременности при Р **.** в 40% осложняется ПТБ; в 70% развивается ревматоидный васкулит, это приводит к плацентарной недостаточности - гипотрофии плода и внутриутробной гипоксии; Следовательно, высоко невынашивание беременности;

Нужно помнить, что беременность даёт прогрессирование заболевания. Беременность нужно прерывать ,если после активизации Р **.** прошло менее года .Из-за опасности повреждающего действия препаратов лечение при Р **.** не проводится во время беременности.

Должна быть активная профилактика инфекции носоглотки, после родов обязательно

лечение. Врожденный дефект иммунитета- у детей, которые были рождены матерями с ревматизмом.

Нарушения ритма сердца

Особенно в III триместре из-за высокого стояния диафрагмы беременность предрасполагает к Э **.** Экстрасистолы предсердные, узловые или желудочковые, реже политопные – это аритмии сердца.

Редкие Э **.** не нуждаются в лечении, но частые вызывают неприятные ощущения и требуют назначения противоаритмических средств с успокаивающими Э. Признак передозировки и интоксикации -при ревмокардите или сердечной недостаточности проходят при лечении этих заболеваний. Э **.** при лечении сердечными глюкозидами. Эмоциональное возбуждение также, способствует возникновению Э **.** Экстрасистолия в родах , может быть вызвана увеличенным притоком крови к сердцу от матки во время схваток и потуг, болью, страхом. Сама экстрасистолия способствует возникновению нарушения кровообращения.

Пароксизмальная тахикардия

Приступ ПТ характеризуется ЧСС от 130-160 до 220 в мин. Характерна ритмичность, внезапность возникновения и окончания. Тошнота и рвота характеризуют больное сердце .Обязательны жалобы на сердцебиение и чувство дискомфорта. Если затяжной приступ ПТ - головокружение, боли в области сердца, слабость.

ЭКГ установливает источник ПТ - предсердный (наджелудочковый, желудочковый и узловой). Всё это свидетельствует о глубоком поражении сердца и вызывает сердечную недостаточность. У беременных встречается чаще наджелудочковая.

Во время беременности встречается реже, чем Э. Часто развивается у здоровых женщин во второй половине беременности, исчезает после родов.Это указывает на ее рефлекторное экстракардиальное происхождение.

Потому что препарат является протоплазматическим ядом и вызывает гибель плода и аборт - хинидин противопоказан. При заболевании сердца ПТ лечится строфантином гипотонии новокаинамид. Успокаивающие (беседа и валериана, элениум), если нет эффекта - стимуляция блуждающего нерва: односторонний попеременный массаж от каротидного синуса, давление на глазное яблоко, при отсутствии эффекта - изептин, пропранолол .

Мерцательная аритмия

При Мерцательной аритмии(МА) наполнение камер сердца кровью незначительное, отсутствует диастола и, следовательно эффективность систолы мала, а нарушение внутриполостного кровотока способствует образованию тромбов, особенно при митральном стенозе.

Очень опасная форма эктопической аритмии и связана с органическими заболеваниями сердца: ревматическими и врожденными пороками, тиреотоксикозом.

При МА развивается сердечная недостаточность 2а, 2б и 3 степени. Дефицит пульса свидетельствует о резком снижении удельного и сердечного выброса. Жалобы на сердцебиение. ЭКГ исследование выявляет не только МА, но и локализацию нарушения ритма: предсердное или желудочковое. При этом желудочковая форма требует реанимации.

Электроимпульсное лечение противопоказано из-за опасности отслойки плаценты. Необходим гепарин для профилактики тромбозов, а после родов непрямые антикоагулянты, в случае использования которых кормить ребенка грудью нельзя из-за опасности геморрагических проявлений.

Нужно тахисистолическую форму перевести в нормосистолическую при мерцании предсердия (строфантин, калий). Пароксизм МА лечат новокаинамидом, а при неэффективности - панангином и изоптином.

Нарушение проводимости

Синаурикулярная, предсердно-желудочковая и желудочковая-это различные варианты блокады проводящей системы различного уровня. Наибольшее значение имеет предсердно-желудочковое нарушение проводимости.

Различают 3 степени:

-замедление предсердно-желудочковой проводимости;

-неполная АВ-блокада;

-полная АВ-блокада.

Часто нарушение проводимости встречается при ревматических миокардитах, передозировке гликозидов, усилении тонуса вагуса.1 степень не отражается на сократительной деятельности сердца, а 2 и 3 сопровождаются нарушением кровообращения, при последней могут быть приступы Морганьи-Адама-Стокса с потерей сознания, судорогами, цианозом, кардиалгией, отсутствием пульса и АД. Во время беременности они редки, но учащаются в родах и после. Женщинам с 3 степенью беременность противопоказана, в других же случаях можно вынашивать.

Позволяют ликвидировать предсердно-желудочковую блокаду -Кортикостероиды . Надо помнить, что при полной АВ-блокаде увеличивается ударный и минутный объем, а систолическое АД повышается.

Атропин, эфедрин, изодрин, алупент, эуфиллин понижают степень блокады, увеличивают число сокращений желудочков только временно и могут быть использованы в родах с добавлением внутривенного введения соды. При полной АВ-блокаде и СН можно применять гликозиды в то время как при неполной они противопоказаны, так как усугубляют блокаду. В этих случаях используют эуфиллин, мочегонные, адонис.

Беременность и гипертоническая болезнь

Правильное измерение АД предполагает неоднократное, а 2-3-хразовое измерение с интервалом в 5-10 минут для исключения случайного повышения.

Диастолические давление определяют не по исчезновению тонов, а их приглушению, что соответствует прямому измерению диастолического АД. По ВОЗ: АД 160/95 повышенное, 140/90 - 159/94 переходная зона.

У беременных 140 - повышено, а при гипотонии увеличение систолического АД на 30%, а диастолического на 15% - уже повышенное, учитывая неблагоприятное влияние повышенного АД на течение беременности и перинатальную патологию.

Повышение АД во время беременности - частая причина преждевременных родов и перинатальной гибели плода, кроме того, по данным ВОЗ, в 20-30% случаев материнской смертности АД было повышенным, что свидетельствует о важном месте ГБ в ряду осложнений беременности и родов.

ГБ уже существует до беременности и проявляется во время ее. Так как беременность - состояние стресса, сопровождающееся разнообразными невротическими проявлениями, в том числе и сосудо-двигательными реакциями. Классификация ГБ Мясникова 1951 г.:

-фаза А - латентная, предгипертоническая - тенденция к повышению АД под воздействием эмоций, холода и других факторов. Это гиперреактивность на фоне выраженных невротических реакций.

- фаза Б - транзиторная, АД повышается нестойко и кратковременно. Покой, режим, лечение приводят к нормализации АД и исчезновению признаков заболевания.

-2 стадия, фаза А - неустойчивое, но постоянное повышение АД, лечение приводит к нормализации

-2 стадия, фаза Б - стойкое повышение АД, но нет грубых анатомических изменений в органах, а доминируют функциональные.

-3 стадия, фаза А - компенсированная. АД стойко повышено, дистрофические, фиброзно-склеротические изменения органов и тканей, атеросклероз крупных сосудов мозга, сердца, в почках.

-3 стадия, фаза Б - декомпенсированная. АД повышено стойко, тяжелые нарушения функционального состояния органов - нетрудоспособность, беременность не наступает.

Считается, что в 1 триместре беременности АД неустойчиво, с 13 до 20 недель снижается, с 28 - повышается.

По клиническому течению ГБ может быть доброкачественной с медленным прогрессированием и злокачественной с быстрым прогрессированием заболевания, высоким стабильным АД, изменениями на глазном дне, почечной и сердечной недостаточностью.

Однако при депрессорное и прессорное влияние беременности на сосудистый тонус имеет определенных закономерностей.

Резкие обострения всех стадий ГБ во время беременности наблюдались в 24% случаев и протекали по типу кризов. На фоне благополучия - головная боль, головокружение, сердцебиение, тошнота, рвота, шум в ушах, мелькание мушек, красный верхний дермографизм. После криза может быть протеинурия, но в отличие от преэклампсии нет отеков.

Можно отметить, что только у 15,1% беременных с ГБ АД во второй половине беременности снизилось, в остальных случаях АД в равной степени оставалось прежним или повышалось.

Беременность усугубляет течение ГБ, способствуя повышению и стабилизации АД.

На фоне ГБ течение беременности в 40% осложняется ПТБ, причем появляется он рано - в 24-26 недель, преобладает гипертонический симптом с умеренными отеками и протеинурией. На этом фоне увеличивается частота поздних выкидышей и преждевременных родов до 15% и в 6% потребовалось прерывание беременности.

Внутриутробная гибель плода при ГБ в срок до 35 недель наступила в 6(8?)%, 7% - перинатальная смертность.

Смотря на высокий риск для матери и плод необходимо определить степень его для решения вопроса о возможности вынашивания беременности. По Шехтману, при экстрагенитальной патологии следует выделять 3 степени риска в зависимости от стадии заболевания, особенностей течения, влияния на здоровье женщины и внутриутробного плода. Возникает во второй половине потому, что происходит повышение периферического сосудистого сопротивления при снижении минутного объема крови, а это приводит к декомпенсации гемоциркуляции - гипоксии и гипотрофии плода, развитию фетоплацентарной недостаточности на фоне ПТБ и еще более тяжелым повреждениям плода. ГБ - причина отслойки плаценты и синдрома ДВС с афибриногенемией, причина эклампсии, а при ГБ II Б степени - нарушение мозгового кровообращения. Риск для матери и плода.

Осложнения беременности минимальны в форме преждевременных родов и ПТБ не более 20%, беременность редко - не более 20% - ухудшает течение заболевания. Это первая стадия, кризы редки, редка и стенокардия. Обычно ПТБ в 20% и преждевременные роды у 12%. Беременность допустима.

Частота осложнений достигает 20-50% значительна - более 20% - частота поздних самопроизвольных выкидышей. Для ГБ это IIА стадия. ПТБ наблюдается при этом в 50%, преждевременные роды - 20%, антенатальная гибель - 20%. Налицо гипертонические кризы, тяжелая коронарная недостаточность, прогрессирующий ПТБ, высокое стабильное АД - показания для прерывания беременности.

Осложнения беременности составляют более 50%, перинатальная смертность более 200%, беременность редко заканчивается вынашиванием, необходимо прерывание ее. Это IIБ, Велика опасность для жизни матери и высока перинатальная смертность, что требует немедленного прерывания беременности.Опасность уремии, нарушения мозгового кровообращения, коронарной недостаточности, отслойки плаценты и пр.

Наблюдаться не реже 1 раза в неделю у акушер-гинеколога и терапевта при разрешенной вынашиваемой беременности. До 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания, при повышении АД более 149/90 в течении недели, гипертонических кризах, начальных формах ПТБ, стенокардии или сердечной астме, симптомах неблагополучного плода и за 3-4 недели до родов -госпитализировать.

Режим труда и отдыха, ограничение соли до 5 г/сутки, гипотензивные. Из 9 групп гипотензивных во время беременности с наименьшим влиянием на плод применять только 5:

-салуретики, обладающие гипотензивные и мочегонным действием, короткими курсами в 1-2 дня через 1-2-3 недели: гипотиазид 25-50-100 мг, фурасемид и урегит не пригодны для длительного лечения, их во время кризов из-за кратковременного действия. Салуретики применять с калием и симпатолитиками и препаратами метилдофы (альдонат, допегит), которые потенцируют действие салуретиков и задерживают калий и воду. Натрийуретики также можно (альдоктон, верошпирон), но их гипотензивное действие во время беременности низкое;

-спазмолитики: дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин и лучше парентерально и для купирования криза, а не для длительного курса лечения;

-препараты рауфальфии (резерпин, рауседил, раунатин) - гипотензивное и седативное действие. Побочное действие - ринит, аритмии, брадикардия, задержка натрия и воды. У новорожденных нарушение глотания и сосания, заложенность носа, брадикардия, депрессия, поэтому нельзя в последние недели беременности и после родов. Применять при кризах на протяжении 2 дней;

-симпатолитики (октадин, изобарин, комелин, салотензин) дают слабый терапевтический эффект и опасны ортостатическим коллапсом, поэтому их можно применять только в условиях стационара и в комбинации (например, с салуретиками). Их нельзя применять за 2 недели до кесарева сечения - опасность коллапса во время операции;

-препараты метилдофы (альдомет, допегит) регулируют центральный и периферические отделы сосудистого тонуса, не задерживают натрий и воду, можно с салуретиками;

-производные клофелина (кленидин, гемитен) - центральный механизм снижения АД, урежение сердцебиения;

-a -адреноблокаторы (фенталамин, тропафен) эффективны при повышенном выбросе катехоламинов, но во время беременности при ГБ это редко, поэтому и лечебный эффект их низок. Тропафен можно при кризах;

-b -адреноблокаторы (производные пропрамедона - обзидан, индерал, тразикор и др.) уменьшают сердечный выброс и секрецию ренина и тем снижают АД. Вызывают усиление сокращения матки - опасность прерывания беременности, в родах из-за снижения сердечного выброса тоже не следует использовать, при длительном применении тормозит сердечную деятельность плода.

-ганглиоблокаторы (пентамин, арфонад, бензогексоний) - тормозят проведение импульса в симпатических и парасимпаических ганглиях и поэтому снижают тонус не только артерий, но и вен, что приводит к снижению притока крови к сердцу и уменьшению сердчного выброса - ортостатический коллапс, особенно при варикозном расширении вен. Может быть головокружение, атония мочевого пузыря и кишечника у женщины. У плода повышена секреция бронхиальных желез - опасно, и может быть атония мочевого пузыря и кишечная непроходимость. Ганглиоблокаторы можно только в экстренных случаях и для кратковременного и быстрого снижения АД в родах;

Вводить 2 дня рауседил с лазиксом, гемотон, магния сульфат, дибазол, папаверин, эуфеллин при гипертонических кризах и в тяжелых случаях ганглиоблокаторы.

Для улучшения почечного кровотока, особенно при ПТБ, микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазона на область почек. С этой же целью УЗ в импульсном режиме и его спазмолиическое действие. Электроаналгезия способствует регуляции нарушенных корково-подкорковых взаимосвязей, нормализует функцию высших вегетативных центров, в том числе сосудодвигательного. Показана Э. в начальных стадиях ГБ и для профилактики ПТБ.

Вообще лечение ГБ требует комбинации гипотензивных, которые усиливают и потенцируют друг друга, что позволяет снизить дозу каждого из 2-3 гипотензивных препаратов.

Можно вводить валериану, пустырник. Элениум противопоказан в первые 3 месяца беременности из-за повреждающего действия, а седуксен должен применяться ограниченно, так как вызывает непроходимость кишечника и дыхательную депрессию.

В родах гипотензивная терапия должна быть усилена, вводить через 2-3 часа парентерально дибазол, папаверин, эуфиллин, при недостаточном эффекте мелкие ганглиоблокаторы: пентамин, арфонад при контроле за АД.

Противопоказаны и бромиды из-за депрессии центральной нервной деятельности плода и хромосомных нарушений, барбитураты угнетают дыхательный центр плода.При эмоциональной недостаточности показана гальванизация зоны “воротника” и эндоназально. Широкое применение должна получить физиотерапия.