ЛЕКЦИЯ №13.

ТЕМА: БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

 По частоте заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных составляют 5-10%.

Основные осложнения при сердечно-сосудистых заболеваниях: перинатальная смертность и смертность матери.

 Осложнением сердечно-сосудистых заболеваний является:

1. гестоз во время беременности
2. анемия
3. преждевременные роды
4. прерывание беременности
5. хроническая маточно-плацентарная недостаточность
6. хроническая гипоксия плода

 Беременность и роды способствуют обострению ревматического процесс, отеку легких и прогрессированию хронической сердечно-сосудистой недостаточности, появлению висцеральных форм ревматического процесса: нефрит, гепатит, плеврит и т.д.

 ***Структура материнской летальности:***

1. экстрагенитальная патология (ведущей из них является сердечно-сосудистая патология)
2. гестозы
3. кровотечения
4. гнойно-септические заболевания

 Увеличение нагрузки на сердечно-сосудистую систему при беременности:

1. увеличение массы беременной женщины (на 10-11%, то есть примерно на 10-11 кг)
2. рост массы плода (примерно 3000 г, но может быть и больше)
3. высокое стояние диафрагмы, что приводит к смещению оси сердца в горизонтальное состояние
4. пережатие крупных сосудов
5. эндокринная нагрузка
6. появление нового плацентарного кровообращения.

 ***Изменения гемодинамики:***

1. изменение минутного объема и ударного объема сердца. Минутный объем возрастает на 20-30%, при нормальной протекающей беременности (к 26-30 нед.). начиная со второго триместра начинается увеличение минутного объема сердца, к 32-36 неделям наблюдается его пик.
2. увеличение частоты сокращений сердца.
3. увеличение АД и венозного давления
4. увеличение ОЦК на 20 - 25%. Увеличивается объем плазмы на 900 мл.
5. увеличение скорости кровотока
6. увеличение общего периферического сопротивления сосудов.
7. Гематокрит и гемоглобин при нормально протекающей беременности снижаются.

 В родах идет увеличение минутного объема сердца. Изменения в сердечно-сосудистой системе требуют адаптации ( увеличение ЧСС , минутного объема). В родах максимально усиливается работа правого и левого желудочков, увеличивается газообмен и потребление кислорода ( во время потуг). При каждом сокращении матки к сердцу поступает примерно 300 мл крови дополнительно.

 В послеродовом периоде происходит перераспределение крови ( в связи с уменьшением внутриматочного и внутрибрюшного давления.

 В период лактации также существует нагрузка на сердечно-сосудистую систему ( поэтому надо всегда решать вопрос о допустимости кормления).

 80% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных составляют ревматические пороки. Ведение таких беременных санкционирует терапевт. Акушер-гинеколог , кардиолог и терапевт решают совместно вопрос о возможности сохранения беременности.

 Решение этого вопроса зависит от:

1. формы порока и его выраженности
2. стадии недостаточности кровообращения и функционального состояния сердечно-сосудистой системы
3. наличия аритмии
4. состояния важнейших органов и систем: печень, почки, легкие,
5. акушерской патологии

 ***Показания для прерывания беременности.***

1. Активный ревмокардит, рецидивирующий ревмокардит.
2. Недостаточность кровообращения 2А и 3 стадий.
3. Мерцательная аритмия, стеноз левого предсердно-желудочкового отверстия и стеноз устья аорты.

 Сроки госпитализации для решения вопроса о допустимости сохранения беременности:

1. до 12 недель. Выявить форму порока, степень ревматического процесса, установить плюсы и минусы порока.
2. 26-32 недели. ( пик нарастания ОЦК).
3. 35-37 недель ( выбрать и решить способ родоразрешения).

 Врожденные пороки сердца довольно часто встречаются . часть из них сформирована во время внутриутробного развития (вирус гриппа, краснухи, герпеса, респираторный вирус). Формирование порока на 4 до 8 неделе онтогенеза у будущей девочки. Наиболее часто встречаются:

1. открытый артериальный проток
2. триада, тетрада, пентада Фалло
3. аортальный стеноз, стеноз легочной артерии

ДИАГНОСТИКА.

Распознавание порока затруднено, так как у беременных может быть одышка, систолический шум на верхушке в 50% в норме.

 Критерием диагностики является анамнез: не болела ли ревматизмом, не было ли разбухания суставов, частых обострений хронического тонзиллита и гриппоподобных состояний.

 Важно определить степень риска у беременных (критерии):

1. возраст женщины
2. течение предыдущей беременности и родов
3. давность заболевания, состояние миокарда
4. соматическая хроническая патология

 СТЕПЕНИ РИСКА.

1 степень - беременность при пороке сердца, но без выраженной сердечной недостаточности и без осложнений ревматического процесса ( субклинические проявления).

 2 степень. Беременность с пороком сердца и с начальной картиной сердечной недостаточности: одышка, тахикардия, признаки активности ревматизма.

 3 степень - беременность при декомпенсации порока сердца с преобладанием правожелудочковой недостаточности в активной фазе ревматизма.

 4 степень - декомпенсация, преобладание левожелудочковой недостаточности или тотальной сердечной недостаточности в активной фазе ревматизма.

 Продолжение беременности можно считать допустимым при 1-2 степени риска в условиях амбулаторного наблюдения и стационарного лечения.

 При второй степени риска второй период родов следует сократить наложением акушерских щипцов.

При 3-4 степени беременность противопоказанна, так же, как и противопоказанна в течение 2-х лет после атаки перенесенного ревматизма.

 Первичный диагноз: первородящая 25 лет. Беременность 1, срок 28-29 недель. Недостаточность митрального клапана без выраженных признаков сердечной недостаточности. Ревматизм активный 1 степени. Последняя атака 1 год назад. Хронический тонзиллит. Степень риска 1-2.

 При сборе анамнеза: наблюдалась ли терапевтом, как протекали предыдущие беременности, госпитализировалась ли.

 Лабораторные данные: С-реактивный белок, диспротеинемия, ЭКГ, фоно-КГ, эхо-КГ. Определение активности ревматического процесса традиционными методами.

 Фетоплацентарная недостаточность может быть выявлена при УЗИ.

 ***Показания к родоразрешению вне зависимости от срока беременности:***

1. синие пороки (тетрада Фалло). Цианоз первичный, вторичный.
2. Врожденные пороки сердца при высокой вторичной гипертензии.
3. Наличие отрицательной реакции при минимальной нагрузке, проявления декомпенсации.
4. Неэффективность комплексного лечения.

 Если до 12 недель - выскабливание полости матки, на поздних сроках выполняется интравагинальное родоразрешение (плюс стимуляция окситоцином).

 Абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение) выполняется при:

1. коарктация аорты 2-3 степени при угрозе кровоизлияния в мозг.
2. Аневризма сосудов
3. сочетание соматической патологии с акушерской ( врожденный порок + гестоз).

 Лечение сердечно-сосудистой недостаточности: стационарно, постельный режим, коррегирование потребляемой жидкости, сбалансированное питание, лечебная физкультура.

 Кардиальные препараты, антиревматические, десенсибилизирующие, диуретические средства.

 Наиболее широко применяют препараты сердечных гликозидов - строфантин (медленно на глюкозе 0.3-0.5 мл через 5-10 минут, действие на 1-1.5 часа максимум); диуретики: фуросемид, верошпирон, гипербарическая оксигенация, кислородные коктейли. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности микробов ( у 30% беременных обнаруживается стрептококк группы В). Применяют пенициллин и его аналоги.

 Родоразрешение при тяжелых формах - стараются избегать абдоминального родоразрешения (стараются вести роды через естественные родовые пути, даже без выключение потуг). При нарастании нарушений гемодинамики укорачивают 2 период наложением акушерских щипцов.

 Обезболивание родов: так как родовая боль истощает регуляторные способности организма следовательно ведет к нарушению сердечного ритма и т.п., к появлению сердечной недостаточности, отеку легких.

 Применяют промедол 1-2%, закись азота с кислородом, ГОМК 10-20 мл внутривенно; трилен, трихлорэтилен, электроанальгезия, аутоанальгезия.

 Акушерские щипцы обезболивают пудендальной блокадой.

После родов: профилактика кровопотери, в том числе гемотрансфузия если есть постгеморрагическая анемия), и. т.д . Кровопотеря может вследствие гипотонии матки, но может быть и коагулопатическая то есть из-за изменений свертывающей системы. Для остановки кровотечения применяют: утеротоники, препараты влияющие на свертываемость крови.

 ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.

 Часто гипертоническая болезнь есть и до беременности. Беременность - это состояние стресса, усиление нагрузки. Гипертоническая болезнь в 30% осложняет беременность, на фоне ее часто развивается гестоз, нередко гипертоническая болезнь является причиной материнской смертности. В начале беременности АД нормальное, между 14-28 неделями даже наблюдается снижение АД, а в последние 3 месяца идет повышение АД до высоких показателей. В плане выявления гипертонической болезни необходимо раннее выявление и постановка на учет беременных с гипертонической болезнью.

 1 Стадия - фаза А - латентная, предгипертоническая, транзиторная реакция.

 1 Стадия фаза В -нестойкое, кратковременное повышение АД, но обратимое в условиях покоя.

 2А - неустойчивое повышение АД.

 2В - повышение АД стойкое, но сохранена функция всех органов, нет изменений органов (органических).

 3А - стойкое повышение АД, компенсировано, но есть дистрофические, фиброзносклеротические изменения

 органов.

3В - декомпенсация, стойкое повышение АД, редко встречается при беременности.

 При 1 стадии беременность допустима, при второй стадии вопрос решается индивидуально, после обследования в стационаре. 3 стадия и злокачественная гипертония - беременность противопоказана.

 Клиника: боли в области сердца (кардионевротического характера), нет кардиальной патологии, головокружение , головные боли в области в затылке.

 Комплекс невротических жалоб: повышенная возбудимость, головные бои, сердцебиение, гиперемия лица, потливость.

 Больные с гипертонической болезнью - это группа риска ( и для беременной и для плода).

 Степени риска:

1 степень: минимальная. Осложнения возникают в 20%, редко беременность ухудшает течение заболевания.

2 степень: выраженная экстрагенитальная патология, что сопровождается гестозом, самопроизвольным выкидышем. Масса плода снижена, плод гипотрофичен, увеличение перинатальной смертности (в 20%).

 3 степень - максимальная угроза жизни беременной.

 1 степени риска соответствует гипертоническая болезнь 1 ст. 2 степени соответствует гипертоническая болезнь 2А, третья степень риска - гипертоническая болезнь 2Б, 3 ст, злокачественная гипертония.

 При 1 степени у каждой 5 женщины возникает гестоз (нефропатия). Беременность допустима.

При 2 степени часто возникает поздний токсикоз, при третьей степени трудно воздействовать гипотензивными средствами (противопоказаны).

 Показания (витальные) к операции кесарева сечения при гипертонической болезни:

1. преждевременная отслойка плаценты.
2. Отслойка сетчатки
3. расстройство мозгового кровообращения
4. внутриутробная гипоксия плода.

 Лечение: лечебно-охранительный режим, диета, прием спазмолитиком (дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин; салуретики обычно редко, гипотензивные препараты - ганглиблокаторы, клофеллин.

 ***Характерные признаки отека легких:***

1. одышка (частота дыхания до 30 в минуту).
2. Резкая слабость.
3. Холодный пот.
4. Акроцианоз.
5. Кашель со слизистой мокротой.
6. Частый пульс с малым наполнением.
7. разнокалиберные хрипы над легкими
8. пена , кровь в мокроте

 Воздействие нейролептиков, пипольфен, седуксен, промедол, ГОМК. ИВЛ, кислород через пеногасители. Сердечные гликозиды: внутривенно дигогксин 0.025% 0.5 мл, коргликон, строфантин. Эуфиллин. В 70% отек легких заканчивается летально.