



# Экстрагенитальная патология и беременность

Выполнила: Сарсен Ф



# ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ (%)

Болезни сердечно-сосудистой системы

80

Заболевания почек и мочевыводящих путей

15

Заболевания органов дыхания

8

Заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобиллиарной системы

5

Сахарный диабет

0,2-12

Инфекционные заболевания

?



# СТРАТЕГИЯ РИСКА В АКУШЕРСТВЕ

**Выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией**

## **Группы риска:**

- ◆ **перинатальной патологии со стороны плода**
- ◆ **акушерской патологии**
- ◆ **экстрагенитальной патологии**

# СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР

**I** - 8-10 нед. (уточнение диагноза и решение вопроса о сохранении беременности)

**II** - 28 нед. (оценка состояния беременной и плода, профилактическое лечение)

**III** - 36 нед. (оценка состояния беременной и плода, выбор метода родоразрешения, подготовка к родам)

# ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПЛОДА

- ◆ **Фетоплацентарная недостаточность → гипоксия плода  
→ задержка развития плода (ЗРП)**
- ◆ **Самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды**
- ◆ **Перинатальная смертность**
- ◆ **Врожденные пороки развития**

# ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (%)



# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

## Возникновение III круга кровообращения – мать-плацента-плод





# Гипертензивные нарушения





# ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Артериальная гипертензия – 15-20%



Шехтман М.М., 1999  
Де Черни А.Х., 2008

# ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АГ

- преждевременные роды – 15%
- хроническая гипоксия плода – 26%
- задержка роста плода – 6,6%
  
- материнская смертность – 20-30%
- перинатальная смертность – 30-100<sup>0</sup>/<sub>00</sub>

# ДИАГНОСТИКА

- ✓ Отягощенная наследственность.
- ✓ Раннее (до 20 нед.) повышение АД.
- ✓ Немолодой возраст (30 лет и старше).
- ✓ Признаки ГЛЖ (по ЭКГ).
- ✓ Гипертонические кризы в анамнезе.



# ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АГ

## Обязательное (скрининговое) обследование

1. **Общеклинический анализ крови (тромбоциты)**
2. **Общеклинический анализ мочи**
3. **Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевая кислота, АлАт, АсАт, глюкоза, холестерин)**
4. **Определение микроальбуминурии**
5. **Гемостазиограмма (Д-димер)**
6. **ЭКГ (признак Соколова-Лайона  $>38\text{мм}$  )**
7. **УЗИ сердца (ИММ ЛЖ  $\geq 110\text{ г/м}^2$  )**
8. **Глазное дно**

# ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АГ

## Обследование, проводимое по показаниям

1. Проба Реберга
2. Пробы Нечипоренко и Зимницкого
3. УЗИ щитовидной железы
4. Определение суточной потери белка
5. Посев мочи
6. Определение уровня гормонов (ТТГ, Т3, Т4, 17- КС, 17 ОКС и др.)
7. Тест толерантности к глюкозе
8. ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП
9. Консультации кардиолога, нефролога, уролога, эндокринолога и других специалистов
10. Суточное мониторирование артериального давления
11. УЗИ почек и надпочечников

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**Пациентка В., 34 года** поступила в акушерскую клинику с диагнозом: беременность 34-35 недель. Гипертоническая болезнь 3 степени. Риск 3. Ожирение III степени. Водянка беременных 1 степени.

## **Жалобы на отеки на ногах**

- **Головных болей нет, зрение ясное**

**Соматический анамнез:** до беременности в течение последних трех лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт.ст. Постоянной гипотензивной терапии не принимала. У терапевта не наблюдалась.

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

## Акушерский анамнез:

- Первая беременность 5 лет назад, протекала удовлетворительно, закончилась срочными родами. Родился живой мальчик. АД не повышалось.
- Настоящая беременность вторая, на учет в ЖК по беременности встала в 11 недель
  - **Первый триместр:** токсикоз легкой степени. АД повышалось до 155/100 мм рт.ст. на фоне приема допегида 250 мг 4 раза в день. Лечение было амбулаторное
  - **Второй триместр:** АД снизилось до 149/90 мм рт.ст. Допегид принимала в той же дозировке
  - **Третий триместр:** с 32 нед. беременности стало повышаться АД до 170/110 мм рт.ст. Доза Допегиды была повышена до 6 раз в день по 250 мг. Эффект от проводимой гипотензивной терапии отсутствовал. Госпитализирована в акушерскую клинику

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

## Объективно:

- Рост – 168 см
- Вес – 115 кг
- ИМТ – 41
- АД 169/112 160/110 мм рт.ст.
- Пульс – 88 уд в мин.
- Частота дыхания – 21
- Отеки обеих нижних конечностей до коленных суставов

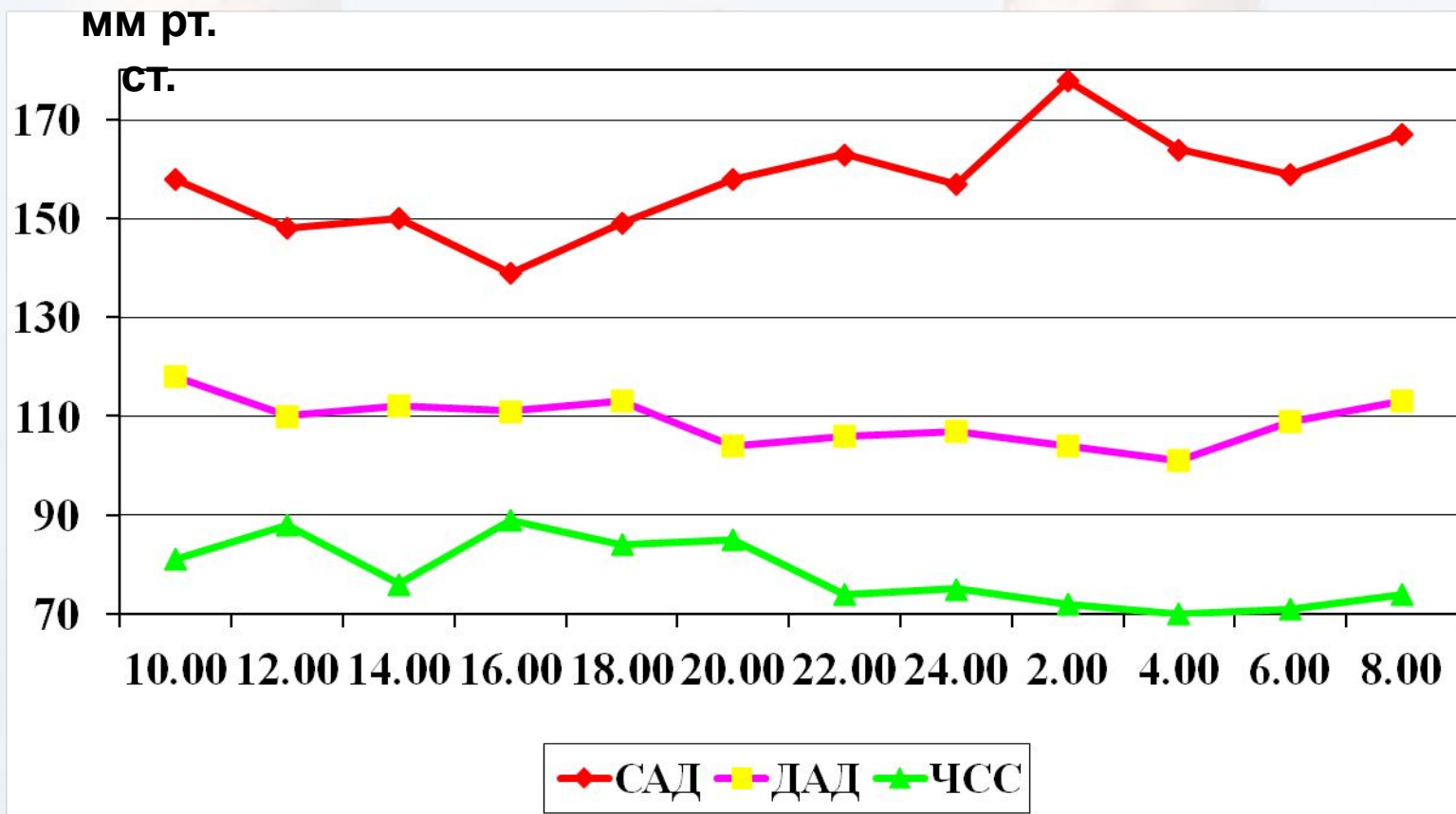




# ПРОВЕДЕНО ОБСЛЕДОВАНИЕ

- **Общеклинические исследования** – показатели в пределах физиологической нормы
- **В моче:** белок отрицательный
- **Биохимический анализ крови, гемостазиограмма** – показатели в пределах физиологической нормы
- **ЭКГ:** Признаки гипертрофии ЛЖ. Нарушение реполяризации.
- **Окулист:** ангиопатия сетчатки по гипертензивному типу
- Проведено суточное мониторирование АД

# СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АД



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



- В 36-37 недель беременности было проведено оперативное родоразрешение.
- Родилась живая девочка, по шкале Апгар – 7-8 баллов
- В послеродовом периоде АД 160/100 мм рт.ст., Анаприлин 20 мг 3 раза в сутки
- При выписке АД 139/87 мм рт.ст.
- Пациентка выписана из стационара на 7 сутки с ребенком домой в удовлетворительном состоянии

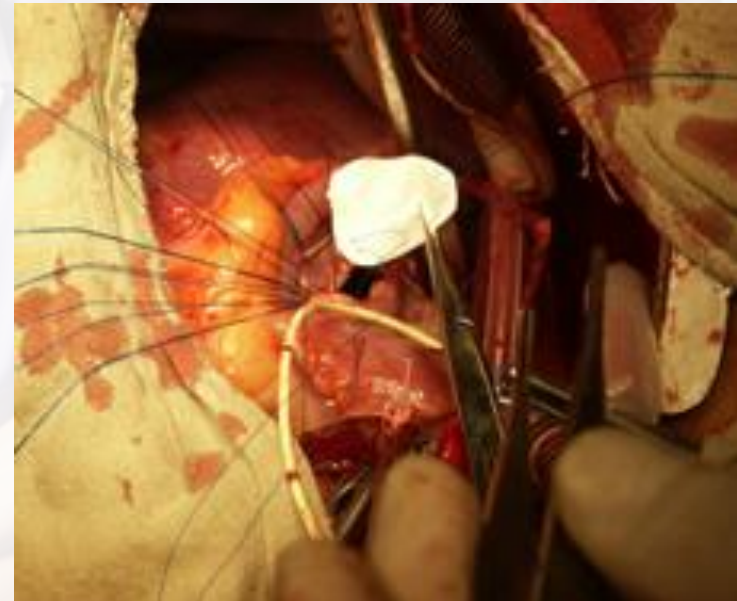


# ПОРОКИ СЕРДЦА



# АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- Частота заболевания сердца у беременных в мире – **1%**
- Более **50%** случаев – врожденные пороки
- В прошлом **90%** - приобретенные пороки
- Оперированное сердце



# ОСНОВНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

- Угроза прерывания беременности **52%**
- Плацентарная недостаточность **81%**
- Хроническая гипоксия плода **86%**
- Задержка роста плода **14%**
- ДВС-синдром **36%**



# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- Активность ревматического процесса в I триместре беременности.
- Декомпенсация гемодинамики.
- Врожденные пороки «синего» типа.
- Легочная гипертензия.
- Нарушения сердечного ритма (мерцательная аритмия).
- Состояние после операций на сердце:
  - Рестеноз
  - Искусственные клапаны.

# ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

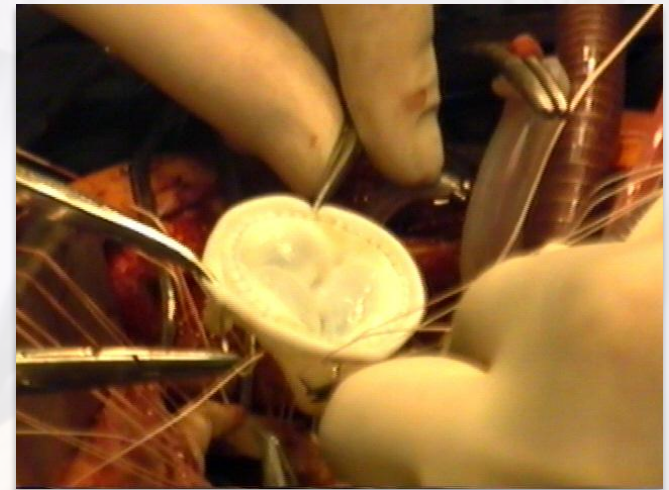
- Контроль гемостаза на протяжении беременности и после родов (МНО, РФМК, АЧТВ, АВР, тромбоциты, Д-димер)
- Холтеровское мониторирование
- Суточное мониторирование артериального давления
- Ультразвуковое исследование сердца
- Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия





# ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Дородовая госпитализация в акушерскую клинику  
в сроке **34-37 недель** в зависимости от  
акушерского и кардиологического статуса



# ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Первичное обследование в  
кардиологическом диспансере

12  
недел  
ь

УЗИ  
плод  
а

20  
недел  
ь

Госпитализация до 20 недель  
в кардиологический стационар  
после 20 недель в акушерский

УЗИ  
сердца

38-40  
недел  
ь

Родоразрешение в многопрофильном  
стационаре, по показаниям- в НИИ Кардиологии

# РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА

- При рекомендации исключить потуги – родоразрешение – кесарево сечение (33%)
- Показания к кесареву сечению:
  - патология сердца (72%)
  - сочетание с акушерской патологией (28%)
- Обезболивание:
  - регионарные методы анестезии



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (2000)

• Пациентка К. 19 лет

• **Ds:** Ревматическая болезнь сердца:  
Комбинированный порок сердца: сложный  
аортальный порок с преобладанием стеноза,  
сложный митральный порок с преобладанием  
недостаточности. Н ИБ ст

**Иссеченные клапаны пациентки К.**



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (2000)

**•24.05.1999г. Выполнена операция:**  
протезирование митрального клапана и  
протезирование аортального клапана  
механическими дисковыми протезами МИКС в  
условиях искусственного кровообращения



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ (2000)

- На момент операции факт беременности от врачей и родственников скрыла, в женской консультации не наблюдалась
- **Самостоятельно родила дома здорового доношенного ребенка**





# Пиелонефрит





# ИЗМЕНЕНИЕ АНАТОМИИ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- n** Размеры почек незначительно увеличиваются
- n** Почечные лоханки, чашечки и мочеточники расширяются, особенно справа (действие прогестерона и сдавление маткой)
- n** Снижение перистальтики мочеточников и тонуса мочевого пузыря
- n** Почечный кровоток возрастает на 50-80%
- n** Скорость клубочковой фильтрации увеличивается на 50%



# ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ –

неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек



# ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

## Осложнения беременности у женщин, страдающих пиелонефритом:

- Угроза прерывания беременности (16-24 нед.)
  - Преждевременные роды
  - Гестоз
- Хроническая внутриутробная гипоксия плода, ВЗРП
  - Фетоплацентарная недостаточность
- Повышение риска инфекционно-септических осложнений у матери и плода
  - Анемия



# ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

## Особенности течения беременности у женщин,

### страдающих пиелонефритом:

- Острый пиелонефрит не является показанием для прерывания беременности
- Пиелонефрит не является показанием к операции кесарево сечения
- У рожениц с пиелонефритом и мочекаменной болезнью, иногда в родах наблюдается острое нарушение оттока мочи из верхних мочевыводящих путей. В такой ситуации необходимо срочно произвести двустороннюю катетеризацию мочеточников.
- Оперативное родоразрешения проводится только по акушерским показаниям.

# ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Общий анализ мочи** (пиурия)
- **Анализ мочи по Нечипоренко** (L более 4000 в 1 мл)
- **Общий анализ крови** (лейкоцитоз  $L > 11 \times 10^9 / л$ , нейтрофильный сдвиг влево, гипохромная анемия  $Hb < 109 г/л$ , ускорение СОЭ)
- **Биохимический анализ крови** (диспротеинемия, повышение уровня сиаловых кислот, мукопротеинов, С-реактивный белок)
- **Проба Реберга** (уменьшение реабсорбции с последующим нарушением фильтрации – при тяжелом поражении)
- **Микробиологическое исследование** ( $МЧ \geq 10^5$  КОЭ/мл)
- **УЗИ почек** (увеличение размеров почек, понижение эхогенности)
- **Консультация терапевта, уролога** – при осложнении

# ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

**Устранение уродинамических нарушений верхних мочевыводящих путей занимает важное место в комплексной терапии острого пиелонефрита беременных, по показаниям могут быть использованы:**

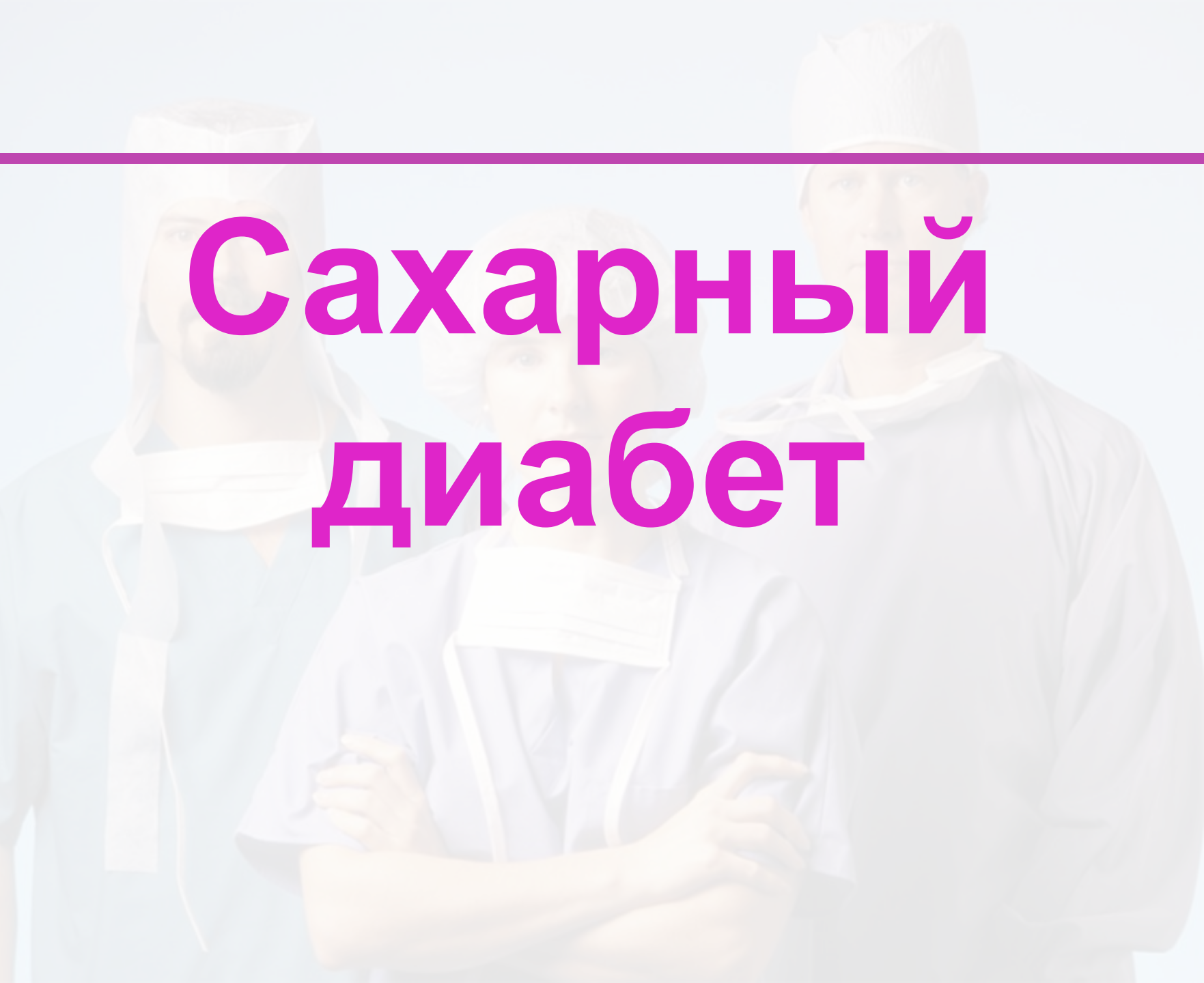
- 1. Катетеризация мочеточников.**
- 2. Внутреннее дренирование верхних мочевых путей с помощью самоудерживающегося катетера-стента.**
- 3. Чрезкожная пункционная нефростомия.**
- 4. Открытая операция – декапсуляция почки, санация очагов гнойной деструкции с нефростомией.**

# КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

- Отсутствие лейкоцитурии при троекратном исследовании мочи
- Контроль за лабораторными показателями – 1 раз в 2 недели
- Микробиологическое исследование мочи – 1 раз в месяц



# Сахарный диабет



# САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- Нарушение углеводного обмена имеют 2-3% беременных.
- Гестационный диабет – возникает из-за влияния на метаболизм матери гормонов фето-плацентарного комплекса.
- Толерантность к глюкозе изменяется с увеличением срока беременности.



# ДИНАМИКА ПОТРЕБНОСТИ В ИНСУЛИНЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ



**Первая половина  
беременности**

Гиперинсулинемия

Снижение толерантности к глюкозе

Снижение уровня глюкозы натощак

**Вторая половина  
беременности**

Инсулинорезистентность

Гипергликемия, глюкозурия

Склонность к кетоацидозу

# 3 формы нарушения углеводного обмена у беременных

- ❑ Угрожающий диабет.
- ❑ Латентный (субклинический) диабет - характеризуется положительным тестом на толерантность к глюкозе. Гестационный диабет
- ❑ Явный диабет:
  - легкая (до 7,7 ммоль/л)
  - средней тяжести (от 7,7 до 12,2 ммоль/л);
  - тяжелый диабет (12,1 и более ммоль/л)тенденция к развитию кетоацидоза, имеются сосудистые поражения, ретинопатия, диабетический нефроангиосклероз.

# ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ГРАДИЕНТ

**МАТЬ**

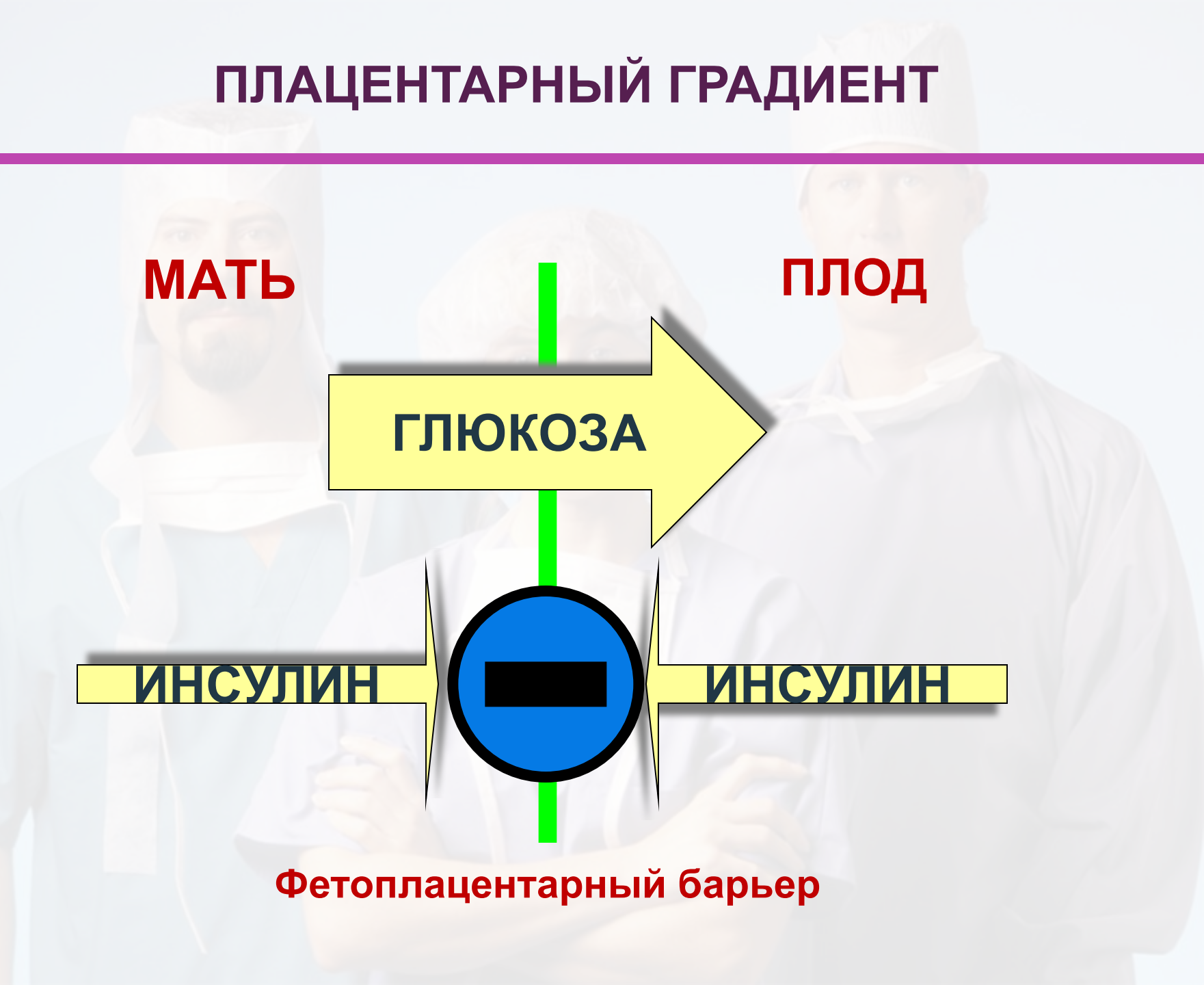
**ПЛОД**

**ГЛЮКОЗА**

**ИНСУЛИН**

**ИНСУЛИН**

**Фетоплацентарный барьер**





- Причины изменения течения диабета у беременных обусловлены влиянием **изменений баланса плацентарных гормонов** (эстрогенов, прогестерона и особенно плацентарного лактогена, который является антагонистом инсулина) и кортикостероидов.
- Следует отметить, что **инсулин через плаценту не проходит**, в то время как **глюкоза легко проникает от матери к плоду** и обратно в зависимости от градиента концентрации.

# ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ



< Угроза прерывания беременности

< Гестоз

< Многоводие

< Гипоксия плода

< Макросомия

< Урогенитальная инфекция

< Преждевременное излитие вод

< Слабость родовой деятельности

< Клинически узкий таз

< Дистоция плечиков

< Родовой травматизм матери и  
плода

< Послеродовой эндометрит

< Врожденные аномалии  
развития (в 3 раза)

< Функциональная незрелость

< Диабетическая фетопатия (до  
100%)

< Нарушение постнатальной  
адаптации (80%)

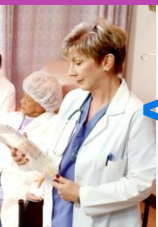
< Реанимация новорожденных  
(12%)

< Перинатальная смертность (до  
350‰)

< Синдром каудальной  
регрессии

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- ◆ предгравидарная подготовка
- ◆ мониторинг уровня глюкозы в плазме крови и его корректировка
- ◆ соблюдение диеты
- ◆ профилактика, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности
- ◆ мониторинг состояния плода
- ◆ своевременное родоразрешение
- ◆ тщательный выбор метода родоразрешения



# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- < Наличие прогрессирующих сосудистых осложнений СД
- < Наличие инсулинрезистентности и лабильных форм СД
- < Наличие СД у обоих супругов
- < Сочетание СД и резус-сенсibilизации матери
- < **Сочетание СД с другими соматическими заболеваниями**

# БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

