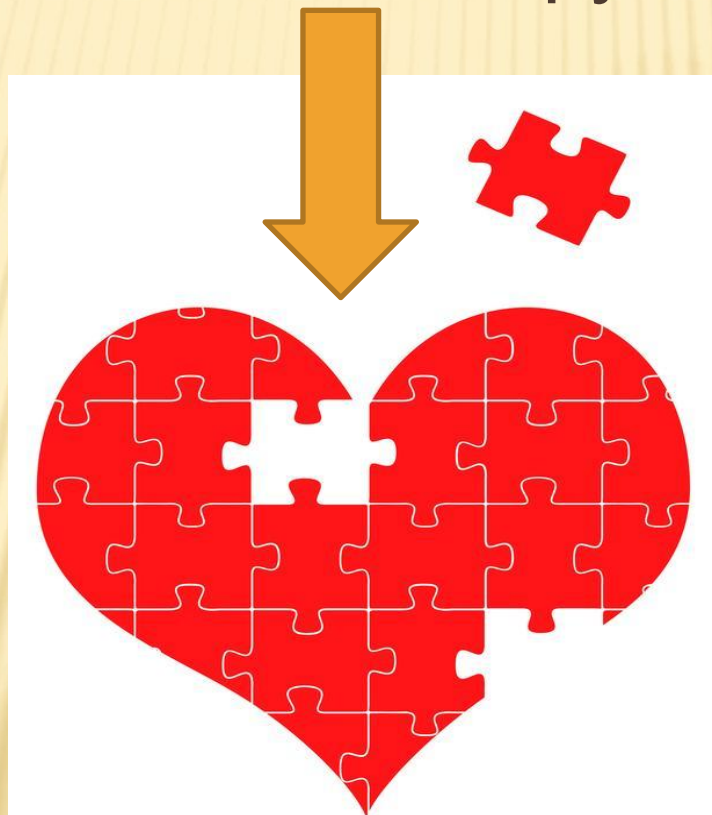


БЕРЕМЕННОСТЬ И ПРИБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ



Работу выполнила:
Студентка 406
группы
Наталья Чернявская

Пороки сердца — аномалии строения клапанов сердца, отверстий или перегородок между камерами сердца и (или) отходящих от него крупных сосудов.



Нарушения сердечной

Распространённость приобретенных пороков сердца у беременных составляет менее 4-6%.

Частота поражения отдельных клапанов



Материнская смертность достигает 3%

Ванина Л.В. (1991) предложила следующую схему оценки риска беременности и родов при сочетании беременности с пороками сердца и отсутствии другой патологии:

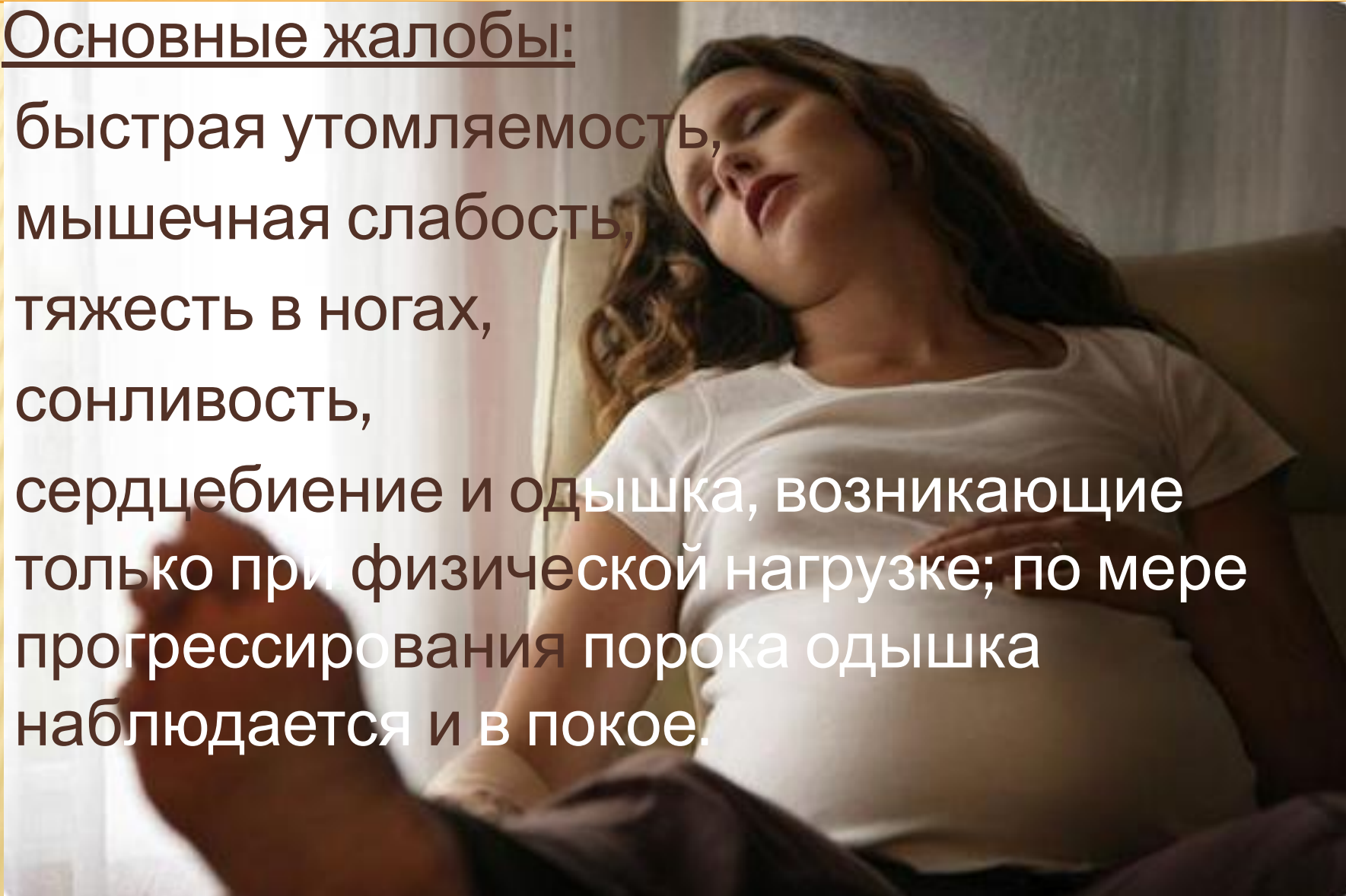
- I степень риска** — беременность при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса.
- II степень риска** — беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахикардия) или признаками активной фазы ревматизма.
- III степень риска** — беременность при декомпенсированном пороке сердца с преобладанием правожелудочковой недостаточности, в активной фазе ревматизма с недавно возникшей мерцательной аритмией, лёгочной гипертензией.
- IV степень риска** — беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной сердечной недостаточности, в активной фазе ревматизма, атриомегалии, кардиомегалии, длительно существующей мерцательной аритмии с тромбоэмболическими проявлениями, лёгочной гипертензией.

Беременность возможна при I и II степени

Клиническая картина

Основные жалобы:

- 1) быстрая утомляемость,
- 2) мышечная слабость,
- 3) тяжесть в ногах,
- 4) сонливость,
- 5) сердцебиение и одышка, возникающие только при физической нагрузке; по мере прогрессирования порока одышка наблюдается и в покое.



Объем обследования во время беременности (приказ 572н)

1. “Базовый спектр обследования беременных женщин”
2. Консультация врача-терапевта, врача-кардиолога (кардиохирурга), врача ревматолога и в дальнейшем динамическое наблюдение, уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.
3. ЭКГ в каждом триместре и перед родами, а также по показаниям.
4. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.
5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (по назначению врача-кардиолога)
6. ЭХОКГ в динамике при появлении клинических признаков декомпенсации.
7. Ревматические пробы (определение титра антигиалуронидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок, серомукоид)
8. КТГ, доплерометрия в динамике.
9. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель.
10. При необходимости консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга, динамическое наблюдение, хирургическое лечение.

Осложнения гестации

- преэклампсия;
- невынашивание;
- хроническая плацентарная недостаточность,
- задержка развития плода.



Показания к госпитализации (приказ 572н)

1. С целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.
2. В 28-32 недели с целью обследования и коррекции проводимой терапии.
3. В 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбору тактики и способа родоразрешения.
4. Обследование и лечение в условиях стационара.
5. Ухудшение состояния беременной.
6. Появление признаков декомпенсации.
7. Осложненное течение беременности
8. Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери.
9. Прерывание беременности по медицинским показаниям.
10. Досрочное родоразрешение.
11. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.

Лечение (приказ 572н)

1. **Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта)** сердечной недостаточности; легочной гипертензии; нарушений ритма сердца; пароксизмальных нарушений ритма сердца; профилактика тромбозов и тромбоэмболии; профилактика инфекционного эндокардита.
 - При признаках сердечной недостаточности III, IV функционального класса: постельный режим, диуретики, сердечные гликозиды, кортикостероиды.
 - Препараты и группы: бета-адреноблокаторы, сердечные гликозиды, диуретики, неселективные антагонисты эндотелий-новых рецепторов типа ETA и ET, антагонисты кальция, селективные ингибиторы цГМФ-специфической ФДЭ5, непрямые антикоагулянты, низкомолекулярные гепарины, нефракционированный гепарин, дезагреганты, антиаритмические препараты, антибактериальные препараты.
 - При тахиаритмиях, рефрактерных к медикаментозной терапии - радиочастотная абляция атрио-вентрикулярного узла и дополнительных проводящих путей, кардиоверсия, имплантация кардиовертера-дефибриллятора.
 - При брадикардии менее 40 в 1 мин. или асистолии более 2,5 сек - имплантация электрокардиостимулятора.
 - При тяжелом митральном или аортальном стенозе - баллонная вальвулопластика, кислородотерапия.

□ Прерывание беременности по медицинским показаниям / досрочное родоразрешение / родоразрешение по решению консилиума врачей (приказ 572н):

- 1) Ухудшение состояния беременной.
- 2) Появление признаков декомпенсации.
- 3) Осложненное течение беременности.

- Родоразрешение через естественные родовые пути с решением вопроса о выключении потужного периода (эпидуральная анестезия / вакуум-экстракция, акушерские щипцы), кесарево сечение (акушерские показания).
- При родоразрешении решение вопроса об инвазивном мониторинге давления в легочной артерии (консилиум врачей).

Показания к прерыванию беременности

Приобретенные пороки:

1. С активностью ревматического процесса
2. Декомпенсированные пороки
3. С легочной гипертензией
4. С бактериальным эндокардитом
5. С нарушением ритма и проводимости
6. С атрио- или кардиомегалией
7. С тромбозами и тромбоэмболическими осложнениями

Показания к кесареву сечению при болезнях сердца

- 
1. Сопутствующая акушерская патология
 2. Недостаточность кровообращения IIб ст. и более
 3. Активный ревмокардит
 4. Выраженный митральный стеноз
 5. Выраженная аортальная и митральная недостаточность
 6. Септический эндокардит
 7. Коарктация аорты + высокая артериальная гипертензия
 8. Стойкая тяжелая мерцательная аритмия



Сердце Надо беречь.
И не только своё.