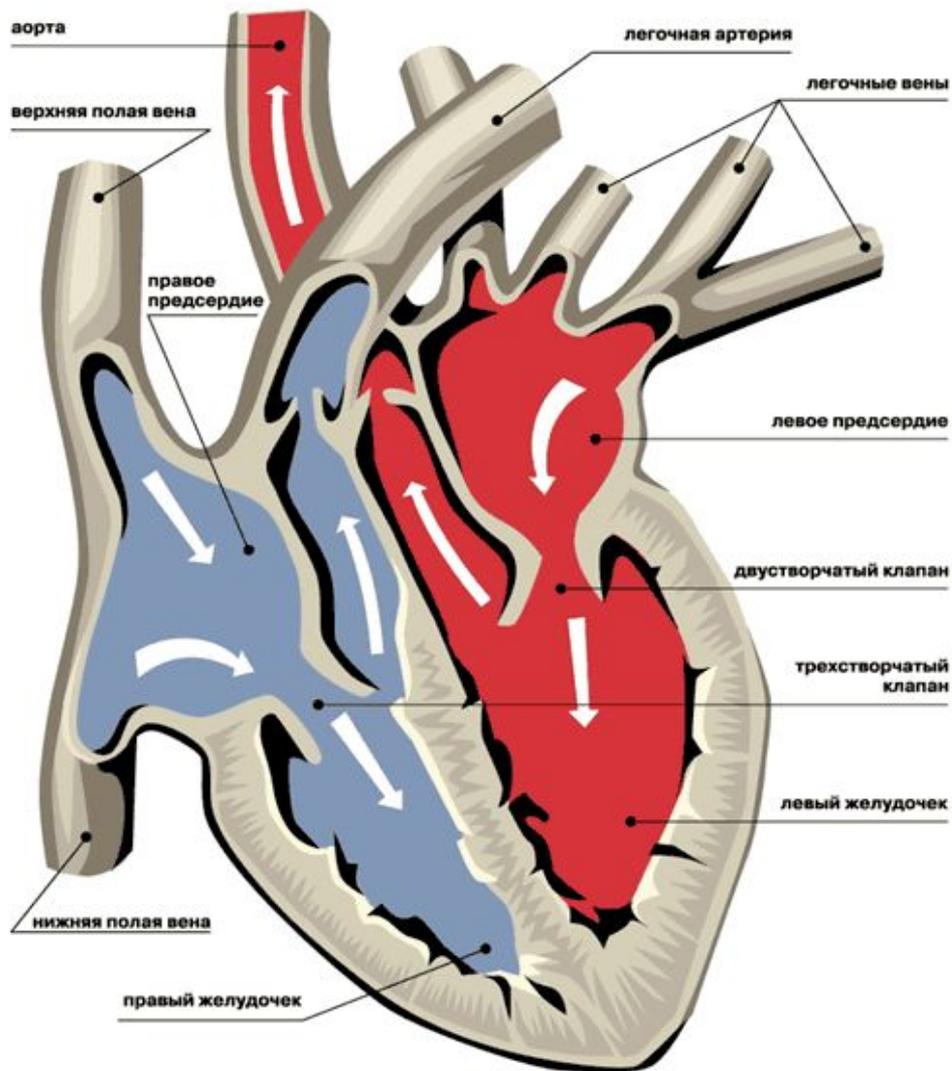


ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Выполнил: студентка 406
группы
Лечебного факультета
Иманова Баян-Сулу

СХЕМА КРОВотоКА В СЕРДЦЕ





ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА:



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



КЛАССИФИКАЦИЯ:

По характеру поражения клапанного аппарата и направленности внутрисердечных гемодинамических нарушений различают стеноз и недостаточность.



В зависимости от места поражения клапанного аппарата выделяют приобретённые пороки МК, аортального клапана, клапана лёгочной артерии, трёхстворчатого клапана.



В зависимости от вовлечённости других клапанов сердца выделяют:

- изолированные пороки — нарушение строения одного клапана (например, приобретённый стеноз МК);
- комбинированные пороки — приобретённые пороки нескольких клапанов (например, сочетание стеноза МК и аортального клапана);
- сочетанные пороки — сочетание поражений одного клапана (стеноз и недостаточность).



Классификация Г.Ф. Ланга и соавт. (1935) предусматривает деление ППС по степени выраженности СН:



- I стадия (скрытая СН) — признаки СН отсутствуют в покое, но появляются при физической нагрузке.
- IА стадия — в покое признаки СН выражены умеренно, толерантность к физической нагрузке снижена, характерны умеренные нарушения гемодинамики МКК и БКК).
- IБ стадия — выраженные признаки СН и нарушений гемодинамики МКК и БКК в покое.
- III стадия (дистрофическая) — характерны выраженные нарушения обмена веществ.

ЭТИОЛОГИЯ

ревматические пороки сердца

неревматические пороки сердца

-инфекционный
эндокардит;
-атеросклероз; -
сифилис; -
системная
красная
волчанка;
-склеродермия.

Патогенез осложнений гестации:



В I триместре наиболее часто происходит обострение ревмокардита.



С 26 по 32 недели гестации увеличивается ОЦК, минутный объём сердца, снижается гемоглобин, организм беременной испытывает максимальные нагрузки.



С 35 недели до начала родов увеличивается масса тела, затрудняется лёгочное кровообращение из-за высокого стояния дна матки, снижается функция диафрагмы.





Во время родов увеличивается артериальное давление, систолический и минутный объём сердца.



В раннем послеродовом периоде возможны послеродовые коллапсы из-за резкого изменения внутрибрюшного и внутриматочного давления. Акушерские кровотечения обусловлены не только нарушением тонуса миометрия или застойными явлениями в маточно-плацентарной системе кровообращения, но чаще всего носят коагулопатический характер на фоне функциональной неполноценности застойной печени.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА:

Основные жалобы при
приобретённых пороках:
быстрая утомляемость,
мышечная слабость, тяжесть в
ногах, сонливость,
сердцебиение и одышка,
возникающие только при
физической нагрузке; по мере
прогрессирования порока
одышка наблюдается и в покое.



Анамнез:

В анамнезе есть указания на ревматизм, перенесённый септический эндокардит, сифилис, атеросклероз, травмы грудной клетки, сочетанные пороки.

Физикальное исследование:

- Пальпация области сердца.
- Перкуссия сердца и сосудистого пучка.
- Аускультация тонов сердца.



Лабораторные исследования:

Лабораторные исследования проводят на этапе прегравидарной подготовки, при беременности (сроком 10–11, 26–28 и 32 недели) и после родов для оценки степени выраженности ревматической лихорадки.

О наличии активности ревматической лихорадки свидетельствуют:

- увеличение СОЭ (выше 30 мм\ч);
- повышение титров циркулирующих АТ к экзоферментам стрептококка, таких, как антистрептолизин О, антистрептогиалуронидазы, антистрептокиназы, , анти-ДНКазы;
- повышение в крови содержания серомукоида (0,21 ед. оптической плотности и более) и концентрации С-реактивного белка.

При беременности также оценивают состояние свёртывающей системы крови.



Инструментальные исследования:



- ЭКГ позволяет выявить признаки гипертрофии (и перегрузки) различных отделов сердца.
- Рентгенография грудной клетки позволяет оценить размеры камер сердца, характер конфигурации тени сердца и магистральных сосудов, а также характер лёгочного рисунка (признаки лёгочной гипертензии). Целесообразно выполнять на этапе обследования и прегравидарной подготовки.
- Выполнение эхокардиографии и доплерэхокардиографии с ЦДК позволяют объективно оценить степень порока, выраженность нарушений внутрисердечной гемодинамики и функциональное состояние различных отделов сердца.



Скрининг:

При постановке на учёт по беременности всех женщин осматривает терапевт и регистрирует ЭКГ.



ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ



- гестоз;
- угроза преждевременных родов;



- ФПН (фето-плацентарная недостаточность).





Показания к консультации других специалистов:



- При подозрении на наличие ППС (вне зависимости от срока беременности) необходима консультация терапевта и кардиолога.
- При появлении признаков СН, лёгочной гипертензии, активной ревматической лихорадки, а также нарушениях ритма и проводимости — консультация кардиолога и кардиохирурга для совместного выбора тактики ведения беременной и определения перспектив сохранения беременности.



ЛЕЧЕНИЕ



Цели лечения:

- Снижение риска осложнений беременности и родов у беременных с ППС;
- лечение обострений или рецидивов ревматической лихорадки (антибактериальная терапия);
- профилактика и лечение нарушений ритма и проводимости;
- дифференцированная профилактика и лечение СН с учётом особенностей клапанного дефекта и нарушений внутрисердечной гемодинамики.





Показания к госпитализации:



Госпитализацию женщин с ППС необходимо проводить в случаях присоединения осложнений беременности (гестоз, ФПН, угроза преждевременных родов) и ухудшения течения основного заболевания.





Немедикаментозное лечение:

соблюдение режима труда и отдыха, диеты (стол № 10 по Певзнеру) с ограничением поваренной соли и жидкости, при нарушениях венозного возврата — ношение эластических чулок.



Медикаментозное лечение:

медикаментозную терапию назначает кардиолог индивидуально.





Хирургическое лечение:

Необходимость, сроки и методы хирургической коррекции ППС определяет кардиохирург. Хирургическую коррекцию клапанных поражений считают радикальным методом лечения больных с ППС и выполняют во время беременности при ухудшении состояния.

Однако оптимальное время проведения хирургической коррекции порока — на этапе прегравидарной подготовки.



Профилактика и прогнозирование осложнений гестации:

В разные сроки предлагают проводить профилактическое лечение, обычно 3 раза в течение беременности или независимо от её срока весной и осенью. Институт ревматологии РАМН рекомендует профилактику рецидива ревматизма проводить, начиная с 8–10-недельного срока беременности до срока родов, а также в послеродовом периоде. Круглогодичная профилактика заключается в ежемесячных инъекциях 1 500 000 ЕД бициллина-5. Кроме того, весной и осенью в течение 6 нед. рекомендуют назначать ацетилсалициловую кислоту по 2 г/сут и поливитамины.

Госпитализации:



- Первая госпитализация — до 12 недель беременности. Для уточнения диагноза, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, активности ревматического процесса, решения вопроса о сохранении беременности.
- Вторая госпитализация в 28–32 недель — период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обследование больной, коррекцию проводимой терапии и лечение ФПН.
- Третья госпитализация за 2–3 нед до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению, выработки тактики ведения родов, кардиальной и противоревматической терапии.



Классификация степени риска течения беременности у женщин с ППС по Л.В. Ваниной (1971):



- I степень — беременность при ППС без признаков СН и обострения ревматической лихорадки;
- II степень — беременность при ППС с начальными признаками СН (одышка, тахикардия) и I степенью активности ревматической лихорадки;
- III степень — при некомпенсированном ППС с признаками правожелудочковой СН, II степенью активности ревматической лихорадки, II степенью лёгочной гипертензии;
- IV степень — беременность при некомпенсированном ППС с левожелудочковой или тотальной СН, III степенью активности ревматической лихорадки, III степенью лёгочной гипертензии.



Сроки и методы родоразрешения

- Беременность возможна при I и II степени риска, противопоказана при III и IV степени.
- Роды проводят в специализированном родильном доме с участием акушера-гинеколога, кардиолога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога. Акушерская тактика определяется клинической картиной и, соответственно, — степенью тяжести ППС.





Пролонгирование беременности до доношенного срока возможно при отсутствии осложнений основного заболевания у женщин с I и II степенью риска. При отсутствии СН оптимальным вариантом считают ведение родов через естественные родовые пути, с тщательной поэтапной аналгезией родового акта и применением кардиотоников.



Во втором периоде родов целесообразно сокращение (выключение) потуг (рассечение промежности, наложение акушерских щипцов).



При ухудшении состояния беременной (развитие СН, некупируемые приступы стенокардии, рецидивирующие нарушения ритма и проводимости, активный ревматизм)





- Больных с искусственными клапанами сердца родоразрешают обычно оперативным путём (КС), желательно в специализированном кардиологическом стационаре или в условиях областной (краевой) больницы.



- Обязательно проводится профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах путём назначения сокращающих средств матку.





ПРОФИЛАКТИКА

Основные мероприятия:

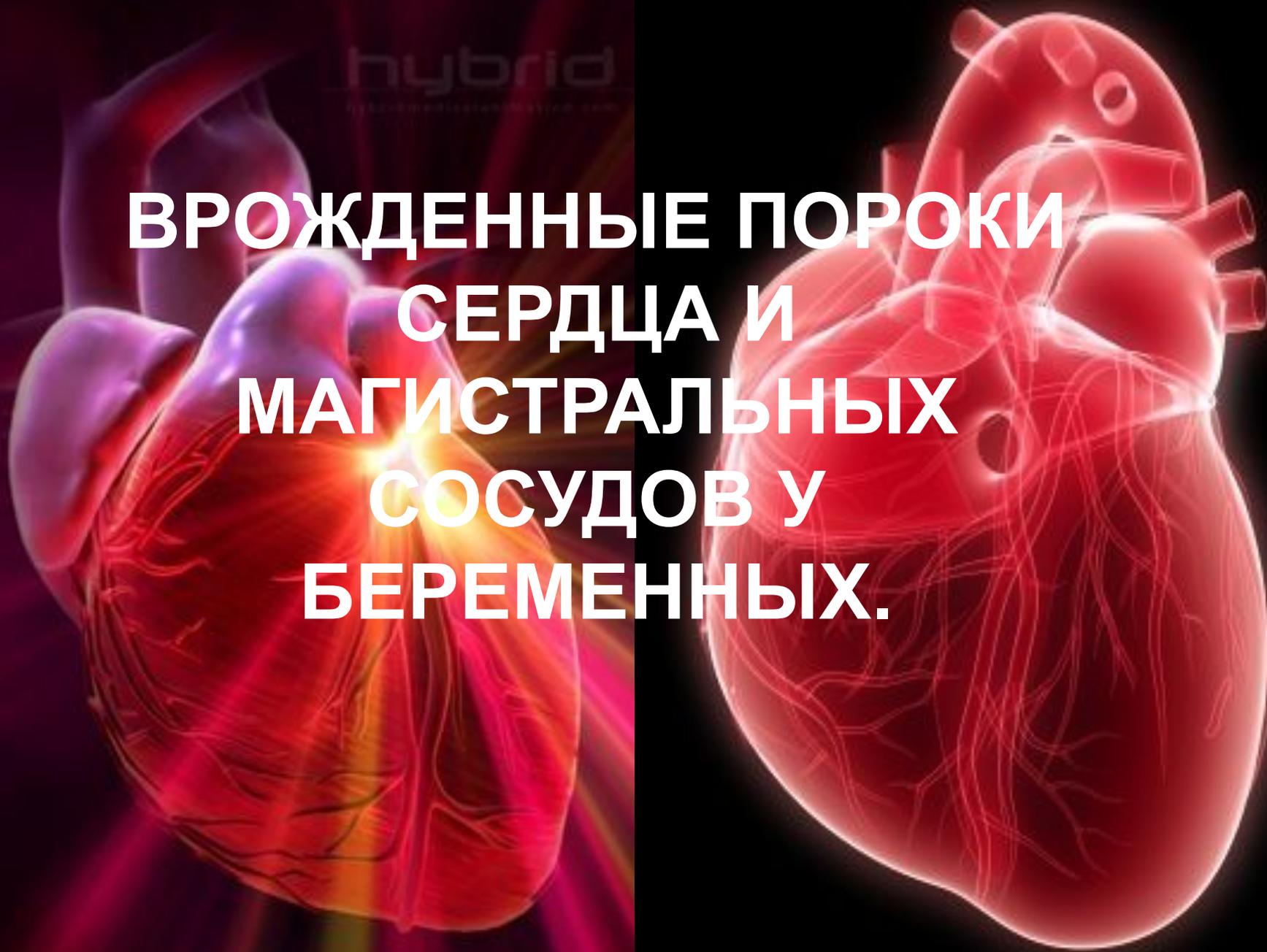
- диета с достаточным количеством белков, витаминов и микроэлементов;
- ограничение потребления поваренной соли и жидкости;
- профилактика инфекционных заболеваний дыхательных и мочевыводящих путей;
- нормализация режима труда и отдыха, ограничение физических нагрузок;
- назначение фитопрепаратов, оказывающих седативное действие



hybrid

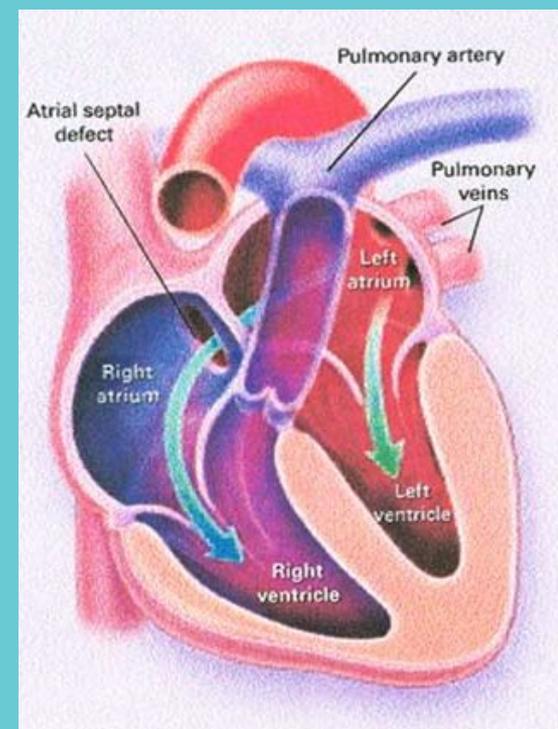
www.hybrid.com

**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ
СЕРДЦА И
МАГИСТРАЛЬНЫХ
СОСУДОВ У
БЕРЕМЕННЫХ.**



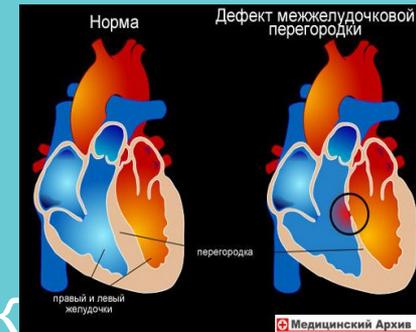
Дефект межпредсердной перегородки:

- Встречаемость (9-17%). Проявляется клинически на третьем-четвертом десятилетии жизни.
- Течение и исход беременности при этом пороке сердца обычно благополучны.
- В редких случаях при нарастании сердечной недостаточности приходится прибегать к прерыванию беременности.



Дефект межжелудочковой перегородки:

- Встречают реже, чем дефект межпредсердной перегородки. Часто сочетается с недостаточностью аортального клапана.
- Беременные женщины с незначительным дефектом межжелудочковой перегородки могут перенести беременность хорошо.
- После родов может возникнуть парадоксальная системная эмболия.





Открытый артериальный проток:

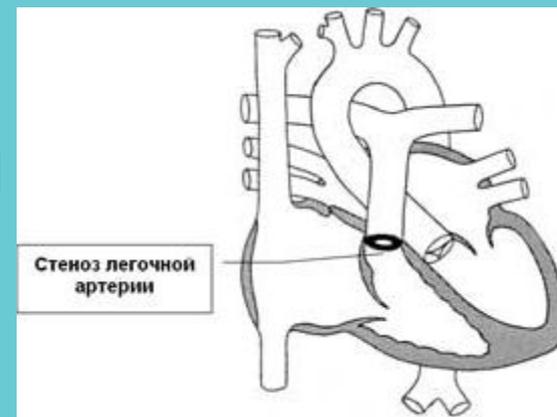
- При незаращении протока происходит сброс крови из аорты в легочную артерию, происходит дилатация легочной артерии, левого предсердия и левого желудочка.
- Данное заболевание, при неблагоприятном течении, может осложнить развитие легочной гипертензии, подострого бактериального эндокардита, а также сердечной недостаточности.



Изолированный стеноз легочной артерии:

- Наиболее распространенный врожденный порок (8-10%).
- Заболевание может осложнять развитие правожелудочковой недостаточности, т.к. при беременности увеличивается объем циркулирующей крови и сердечный выброс.

При легком и умеренном стенозе легочной артерии беременность и роды могут протекать благополучно.





Тетрада Фалло:

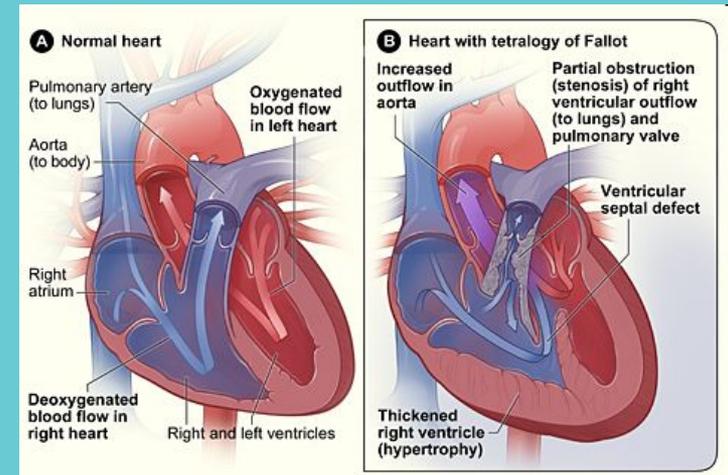
- Включает стеноз устья легочного ствола, большой дефект межжелудочковой перегородки, дэкстропозицию аорты и гипертрофию правого желудочка.



- У женщин с тетрадой Фалло беременность представляет и риск для матери и для плода. В раннем послеродовом периоде возможны тяжелые синкопальные приступы.

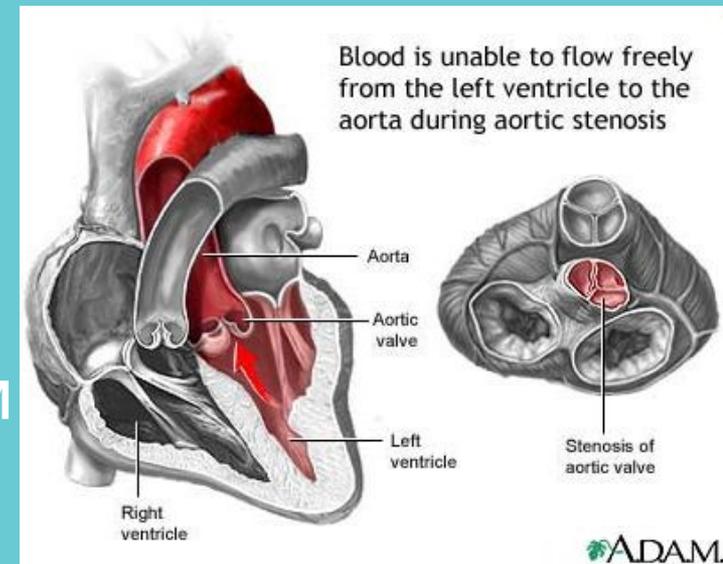


- Женщины, перенесшие радикальную операцию по поводу порока имеют больше шансов на благоприятное течение беременности и родов.



Врожденный стеноз аорты:

- Может быть подклапанный (врожденный и приобретенный), клапанный (врожденный и приобретенный) и надклапанный (врожденный).
- Беременные с незначительным или умеренным врожденным стенозом аорты беременность переносят хорошо.



Коарктация аорты:

- Порок обусловлен сужением аорты в области ее перешейка (граница дуги и нисходящей части аорты). Коарктация аорты нередко сочетается с двухстворчатостью клапана аорты.

- Коарктацию аорты может осложнять кровоизлияние в мозг, расслоение или разрыв аорты, подострый бактериальный эндокардит. Наиболее частой причиной смерти является разрыв аорты.

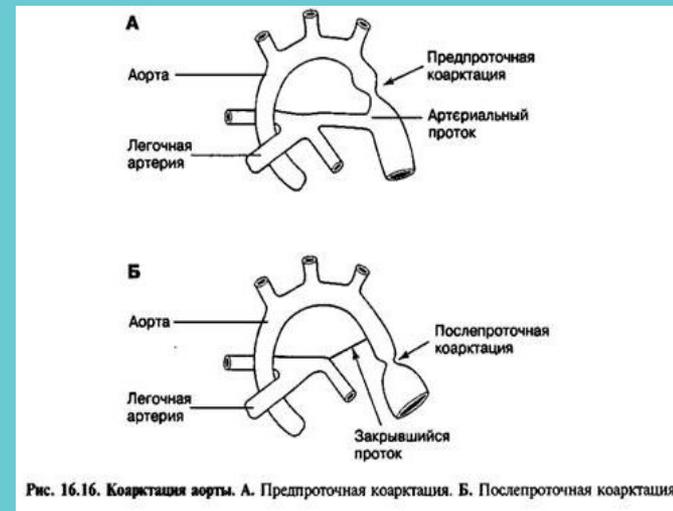


Рис. 16.16. Коарктация аорты. А. Предпроточная коарктация. Б. Постпроточная коарктация

Синдром Марфана:



- Наследственная болезнь соединительной ткани.
- Проявляется миксоматозной дегенерацией митрального клапана (пролапс) и кистозным медионекрозом аорты.
- Основная причина смерти - разрыв аорты.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ:



- **Анамнез**
- **Электрокардиография**
- **Векторкардиография**
- **Рентгенологическое исследование** - без достаточных оснований проводить при беременности не следует.
- **Радионуклидные методы исследования** - при беременности проводить не следует.
- **Фонокардиография**
- **Эхокардиография**
- **Реография**
- **Пробы с нагрузкой**
- **Исследования функции внешнего дыхания и кислотно-щелочного состояния.**
- **Исследования крови.**



Forumda.net



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.



I-ая госпитализация

на 8-10-й неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности.



- При митральном стенозе I ст. Беременность может быть продолжена при отсутствии обострения ревматического процесса.



- Недостаточность митрального клапана является противопоказанием к беременности только при наличии сердечной слабости или активизации ревматического процесса, а также при его сочетании с нарушением ритма сердца и недостаточностью кровообращения.





- Стеноз аортального клапана - беременность противопоказана при признаках недостаточности миокарда, при значительном увеличении размеров сердца беременной.



- Недостаточность аортального клапана - прямые противопоказания.
- Врожденные пороки бледного типа совместимы с беременностью, если не сопровождаются легочной гипертонией.



- Больных после операции на сердце рассматривают дифференцировано.
- Острый ревматический процесс или обострение хронического – противопоказание к беременности.





II-ая госпитализация



на 28-29-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок.



III-я госпитализация

на 37-38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.





Госпитализация независимо от срока беременности:

при появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии.



При неэффективности лечения, наличии противопоказаний к оперативному вмешательству на сердце принимают решение о прерывании беременности. Беременность сроком свыше 26 недель следует прерывать с помощью абдоминального кесарева сечения.



Показания для проведения кесарева сечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями:



- недостаточность кровообращения II-Б - III стадии;
- ревмокардит II и III степени активности;
- резко выраженный митральный стеноз;
- септический эндокардит;
- коарктация аорты или наличие признаков высокой артериальной гипертензии или признаков начинающегося расслоения аорты;
- тяжелая стойкая мерцательная аритмия;
- обширный инфаркт миокарда и признаки ухудшения гемодинамики;
- сочетание заболевания сердца и акушерской патологии.

Самостоятельное родоразрешение через естественные родовые пути допускают:



- при компенсации кровообращения у больных с недостаточностью митрального клапана;
- комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза левого антривентрикулярного отверстия;
- аортальными пороками сердца;
- врожденными пороками сердца "бледного типа".