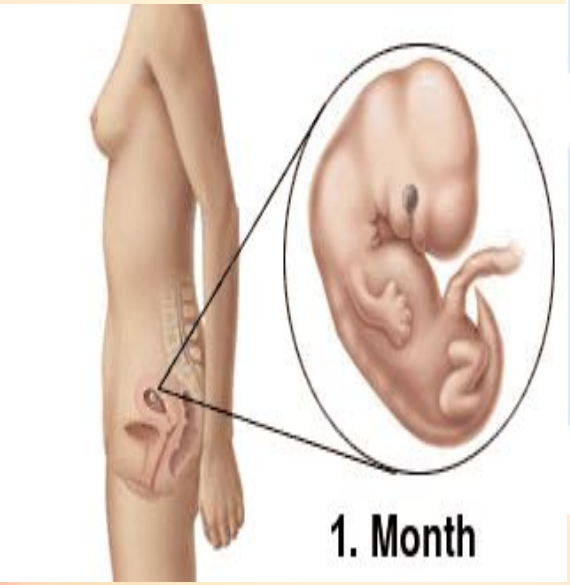
Экстрагенитальная патология

- **Экстрагенитальная патология** (ЭГП) – это многочисленная группа разнообразных и разнозначимых болезней, синдромов, состояний у беременных женщин, объединенных лишь тем, что они не являются гинекологическими заболеваниями и акушерскими осложнениями беременности.



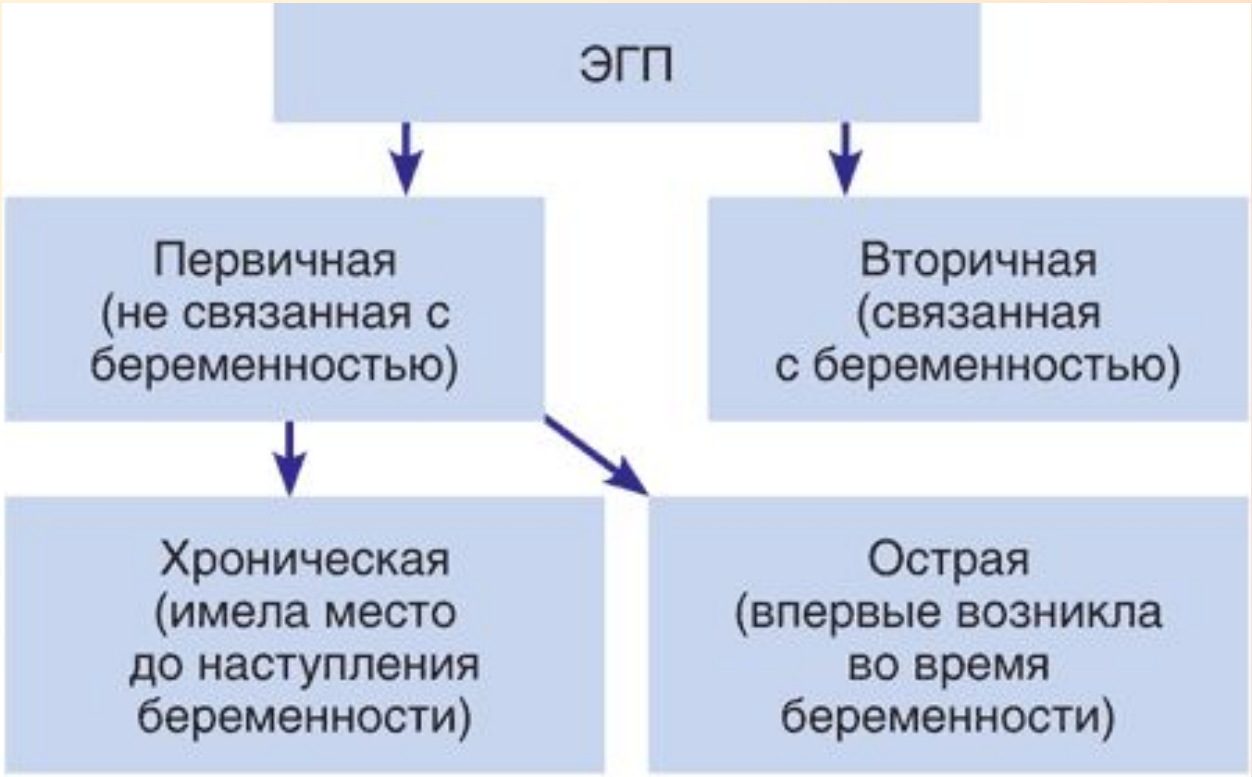
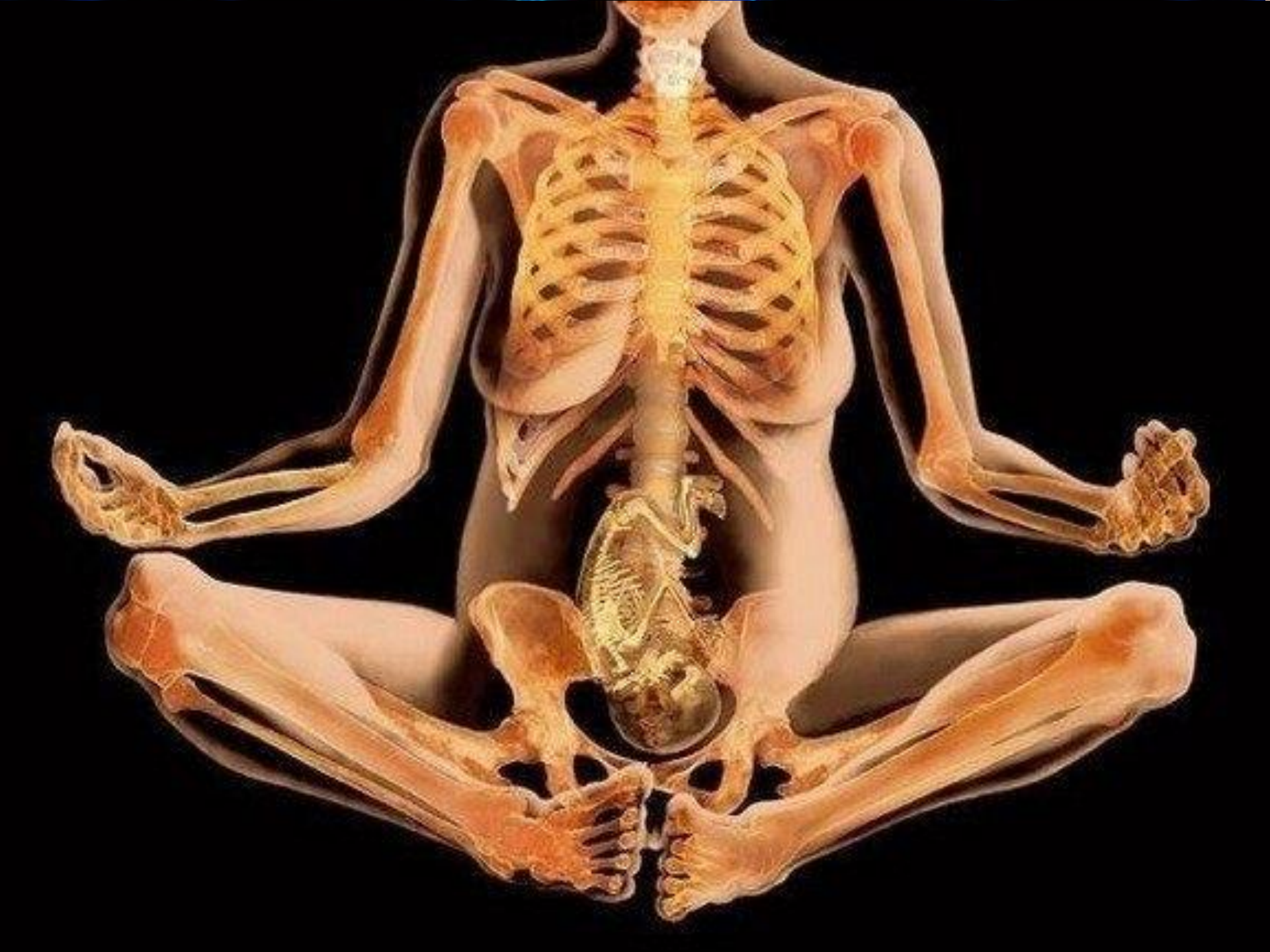


Рис. 1. Основные виды клинически значимой ЭГП

Рис. 2. Основные проблемы, связанные с наличием у беременной ЭГП

- **Знание влияния экстрагенитальной патологии на течение беременности и развитие плода позволяют правильно вести беременность, сохранить здоровье женщины и получить здоровое потомство. В подавляющем большинстве во время беременности течение заболевания ухудшается.**



- **Специалисты выделяют ряд заболеваний, которые могут осложнить течение беременности, и поэтому требуют обязательного наблюдения и консультации у врача при планировании и во время беременности, а также постановки на специальный учет.**

Нарушения ритма сердца

- **Аритмии**: экстрасистолы предсердные, узловые или желудочковые, реже политопные (предсердные или желудочковые). Беременность предрасполагает к экстрасистолии, особенно в III триместре из-за высокого стояния диафрагмы. Эмоциональное возбуждение также способствует возникновению экстрасистолии.

- **Экстрасистолия** в родах может быть вызвана увеличенным притоком крови к сердцу от матки во время схваток и потуг, болью, страхом. Но в 70 % экстрасистолия у беременных и рожениц связана с органическим поражением сердца: пороки, миокардит. И сама экстрасистолия способствует возникновению нарушения кровообращения.

- **Пароксизмальная тахикардия** во время беременности встречается реже, чем экстрасистолия, и может развиваться у здоровых женщин во второй половине беременности, исчезает после родов, что указывает на ее рефлекторное экстракардиальное происхождение. Приступ пароксизмальной тахикардии (ПТ) характеризуется частотой сердечных сокращений от 130—160 до 220 ударов в минуту, ритмичностью, внезапностью возникновения и окончания. Жалобы на сердцебиение и чувство дискомфорта. При затяжном приступе ПТ — боли в области сердца, головокружение, слабость. Тошнота и рвота характеризуют больное сердце. ЭКГ позволяет установить источник ПТ — наджелудочковый (предсердный и узловой) и желудочковый, причем последняя свидетельствует о глубоком поражении сердца и вызывает или усугубляет сердечную недостаточность.

- **Лечение**:

- успокаивающие средства (беседа и валериана, элениум);

- если нет эффекта — стимуляция блуждающего нерва: односторонний попеременный массаж от каротидного синуса, давление на глазное яблоко;

- при отсутствии эффекта — в/в изептин, пропранолол (введение индерала не рекомендуется, т.к. он адреноблокатор, который может усиливать сокращения матки и приводить к прерыванию беременности);

- при заболевании сердца ПТ лечится строфантином гипотонии в/в, в/м новокаинамид. Хинидин противопоказан, так как является протоплазматическим ядом и вызывает гибель плода и аборт.

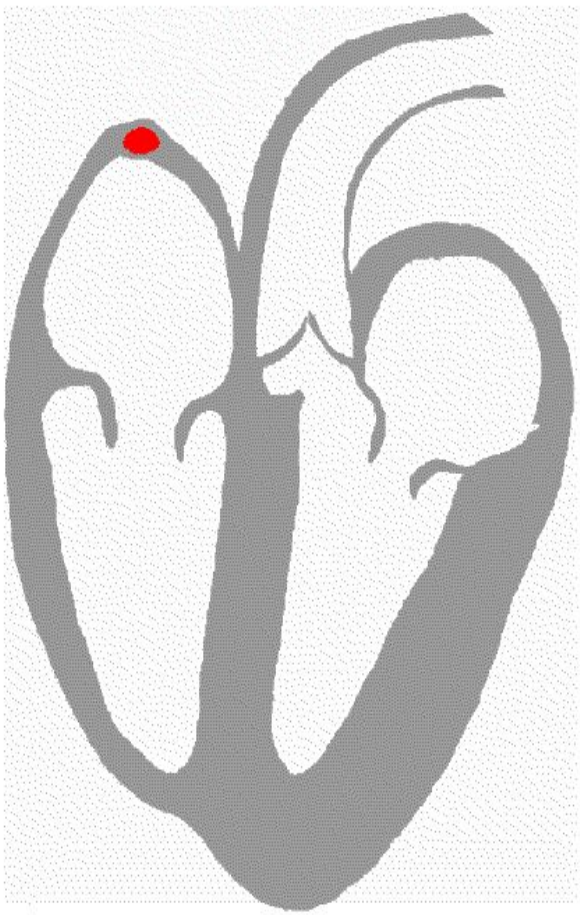
- **Мерцательная аритмия** — наиболее опасная форма эктопической аритмии и связана, как правило, с органическими заболеваниями сердца.
- ЭКГ-исследование выявляет не только МА, но и локализацию нарушения ритма: предсердное или желудочковое. При этом желудочковая форма требует реанимации. МА при беременности — опасное осложнение: материанская смертность при ней составляет 20 %, перинатальная — 50 %. Родоразрешение с учетом нарушения кровообращения производится одномоментным кесаревым сечением.

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

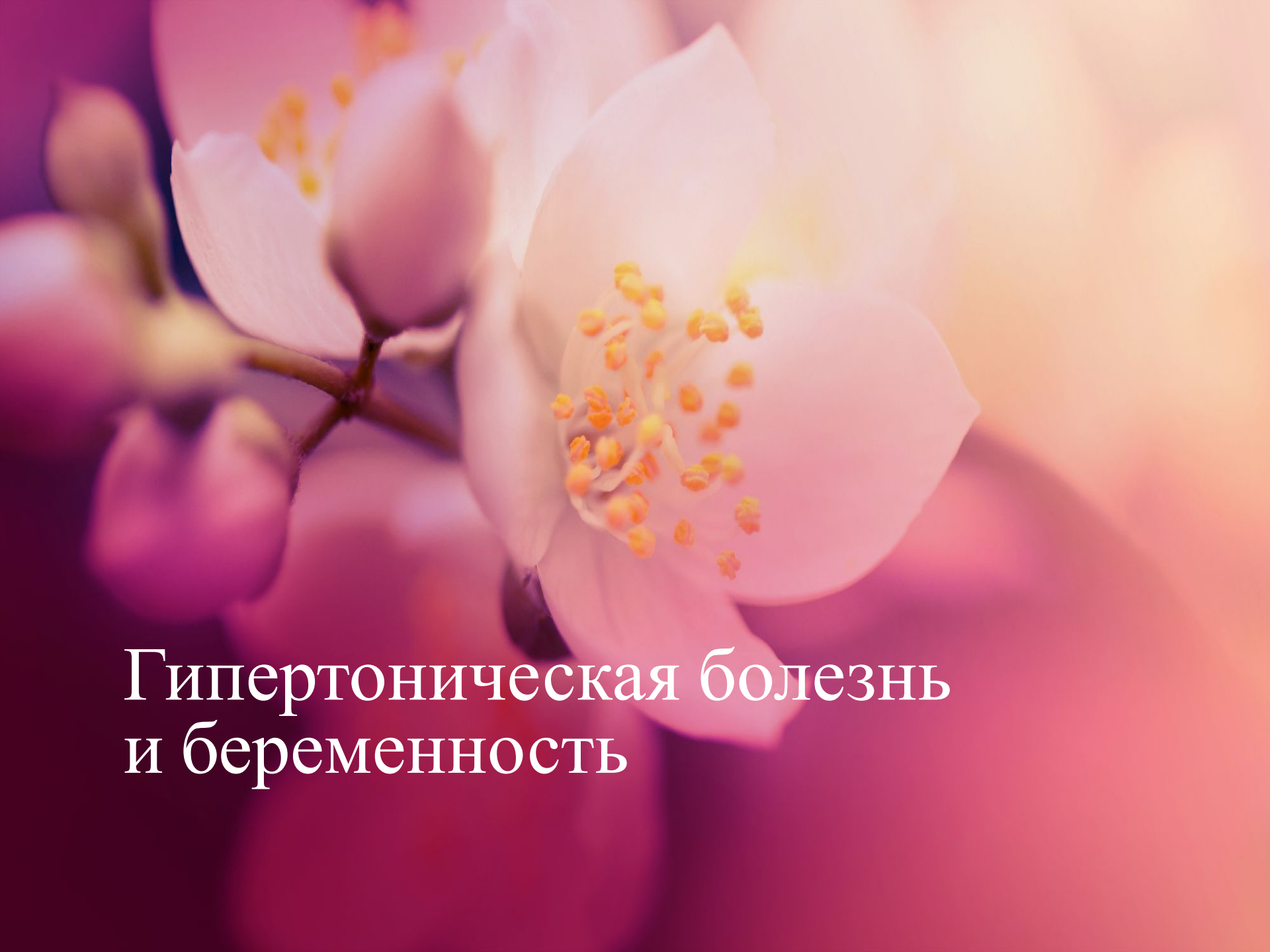
- **Нарушение проводимости —** различные варианты блокады проводящей системы различного уровня: синаурикулярная, предсердно-желудочковая и желудочковая. Наибольшее значение имеет предсердно-желудочковое нарушение проводимости.

- Различают 3 степени: замедление предсердно-желудочковой проводимости; неполная АВ-блокада; полная АВ-блокада.

- Женщинам с 3-й степенью нарушения проводимости беременность противопоказана, в других же случаях можно вынашивать.



- **Лечение**:
- Кортикостероиды — преднизолон по 20 мг — позволяют ликвидировать предсердно-желудочковую блокаду. 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 сердечной недостаточности можно применять гликозиды, в то время как при неполной они противопоказаны, так как усугубляют блокаду. В этих случаях используют эуфиллин, мочегонные, адонис.



Гипертоническая болезнь и беременность

- **При 1-й степени риска** осложнения беременности минимальны в форме преждевременных родов и ПТБ не более 20 %, беременность редко — не более 20 % — ухудшает течение заболевания. Для ГБ это первая стадия, кризы редки, стенокардия. Обычно ПТБ в 20 % и преждевременные роды у 12 %. Беременность допустима.

- **При 2-й степени риска** — выраженной — частота осложнений достигает 20—50 %, значительна — более 20 % — частота поздних самопроизвольных выкидышей, перинатальная смертность достигает 20 %. Для ГБ это IIA стадия. ПТБ наблюдается при этом в 50 %, преждевременные роды — 20 %, антенатальная гибель — 20 %. Частые гипертонические кризы, тяжелая коронарная недостаточность, прогрессирующий ПТБ, высокое стабильное АД — показания для прерывания беременности.

- **При 3-й степени риска** осложнения беременности составляют более 50 %, перинатальная смертность более 20 %, беременность редко заканчивается вынашиванием, необходимо прерывание ее. Это IIБ, III стадия ГБ. Опасность уремии, нарушения мозгового кровообращения, коронарной недостаточности, отслойки плаценты и пр. Велика опасность для жизни матери и высока перинатальная смертность, что требует немедленного прерывания беременности.

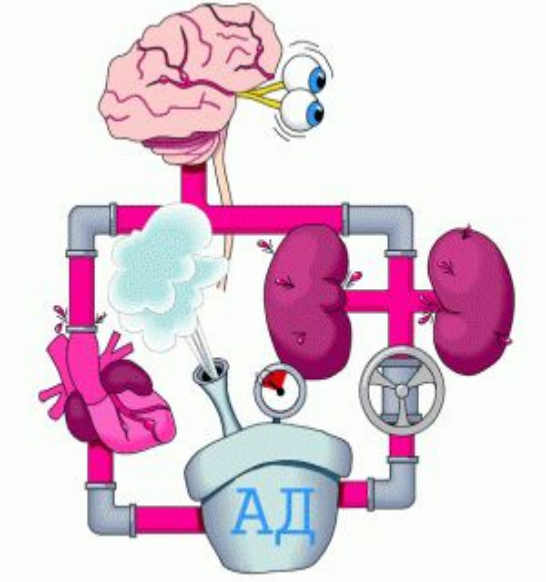
- При разрешенной вынашиваемой беременности следует наблюдаться не реже 1 раза в неделю у акушера-гинеколога и терапевта.
- Госпитализировать: до 12 недель для решения вопроса о возможности вынашивания, при повышении АД более 149/90 в течение недели, гипертонических кризах, начальных формах ПТБ, стенокардии или сердечной астме, симптомах неблагополучного плода и за 3—4 недели до родов.

Лечение

- Режим труда и отдыха; ограничение соли до 5 граммов в сутки; гипотензивные препараты.
- Из 9 групп гипотензивных препаратов во время беременности с наименьшим влиянием на плод можно применять только 5:
- спазмолитики: дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин и лучше парентерально и для купирования криза, а не для длительного курса лечения;
- салуретики, обладающие гипотензивным и мочегонным действием, короткими курсами в 1—2 дня через 1—2—3 недели: гипотиазид 25—50—100 мг, фурасемид и урегит непригодны для длительного лечения, их применяют 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;

- 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, геми
—можно применять центральный механи
снижения АД, урежение сердцебиения;



- препараты рауфальфии (резерпин, рауседр
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;

- ганглиоблокаторы (пентамин, арфонад, бензогексоний) — тормозят проведение импульса в симпатических и парасимпатических ганглиях и поэтому снижают тонус не только артерий, но и вен, что приводит к снижению притока крови к сердцу и уменьшению сердечного 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;

- бета-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;
- бета-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.

- В лечении ГБ у беременных широкое применение должна получить физиотерапия. При эмоциональной недостаточности показана гальванизация зоны «воротника» и эндоназально. Для улучшения почечного кровотока, особенно при ПТБ, микроволновая терапия сантиметрового и дециметрового диапазона на область почек. С этой же целью применяют ультразвук в импульсном режиме.

- Электроаналгезия способствует регуляции нарушенных корково-подкорковых взаимосвязей, нормализует функцию высших вегетативных центров, в том числе сосудодвигательного. Показана электроаналгезия в начальных стадиях ГБ и для профилактики ПТБ. 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.

Пиелонефрит

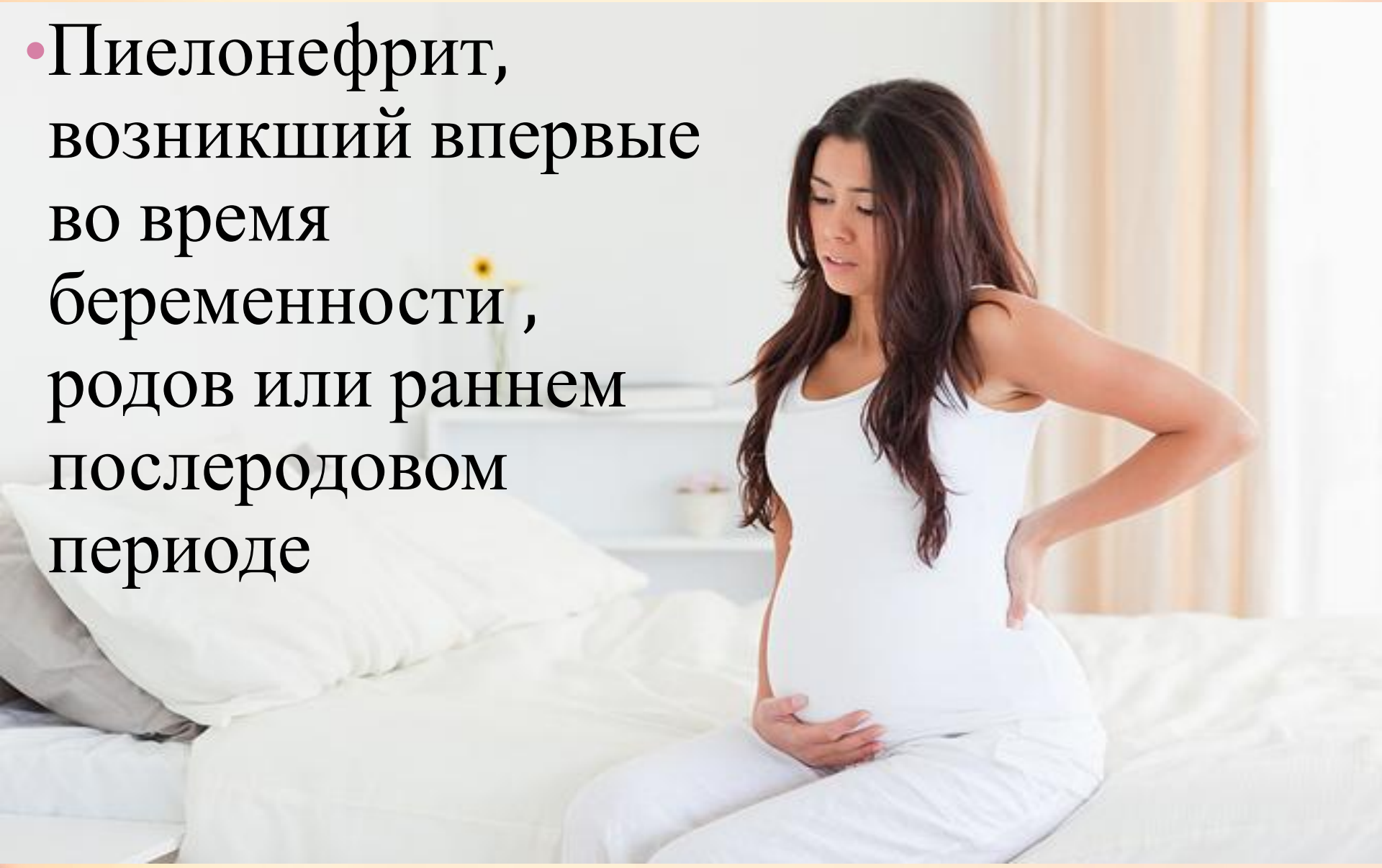
- Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность как для матери, так и для плода.

- Пиелонефрит является наиболее частой клинической формой (10-12%) среди патологических процессов в почках, наблюдаемых у беременных и родильниц.

- Пиелонефрит – это неспецифическое инфекционно – воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением интерстециальной ткани и чашечно – лоханочной системы.

Гестационный пиелонефрит

- Пиелонефрит, возникший впервые во время беременности , родов или раннем послеродовом периоде



Физиологические изменения

- понижение тонуса (гипотония) и моторики (дискинезия, гипокинезия) лоханок и мочеточников под воздействием эстрадиола, других эстрогенов и прогестерона, концентрация которых значительно возрастает;
- гемодинамические нарушения в почке, чашечно-лоханочной системе и мочеточниках (гипоксия), связанные с гормональными сдвигами и вышеуказанными уродинамическими нарушениями;

- механическое сдавливание во второй половине беременности мочеточников увеличенной и ротированной вправо маткой, а также расширенными яичниковыми венами (в основном, справа); понижение тонуса, увеличение объема мочевого пузыря вследствие нейрогормональных влияний.

- ослабление в конце беременности сфинктера уретры (способствует восходящему распространению инфекции

Клиника пиелонефрита

- Чаще всего пиелонефрит возникает на 22-28-й неделе беременности.
- Характеризуется внезапным началом, высокой температурой тела, ознобами, выраженной интоксикацией с наличием характерных локальных симптомов:

  болей в поясничной области, соответствующих стороне поражения, иррадиирующих в верхнюю часть живота, паховую область, половую губу, бедро.

Диагностика

- **ОАК:** Лейкоцитоз, СОЭ ↑
- **ОАМ:** бактериурия

Анализ мочи по Нечипоренко:

лейкоциты > 4000 в 1 мл

эритроциты > 2000 в 1 мл

цилиндры гиалиновые > 1-3 в 1 мл

Анализ мочи по Зимницкому:

от 1,005 до 1,028 или в утренней порции мочи её плотность высока, то функциональная недостаточность почек исключается.

УЗИ почек:

За счёт отёка паранефральной клетчатки поражённая почка контурируется отчётливее окружающих тканей. Отсутствует подвижность почки. При нарушении пассажа мочи выявляется расширение чашечно-лоханочной системы.

Осложнения

- Невынашивание беременности
- Внутриутробная гипоксия
- Задержка роста плода
- Внутриутробное инфицирование плода
- Гестоз

Показания к госпитализации

- Обострение пиелонефрита
- Снижение функции почек
- Присоединение гестоза
- Угрожающий выкидыш или угрожающие преждевременные роды
- Начальные признаки гипотрофии плода
- Бессимптомная бактериурия или лейкоцитурия , не поддающаяся терапии.

Лечение

комплексное, длительное(4-8 недель), индивидуальное

1) В острой стадии заболевания режим постельный - 4-6 дней. По окончании лихорадочного периода рекомендуется активный режим для улучшения оттока мочи.

2) Позиционная терапия: 2-3 раза в день – коленно-локтевое положение продолжительностью 4-5 минут; сон на боку, противоположном больной почке

3) Дезинтоксикационная и десенсебилизирующая терапия

4)При отсутствии отёков – обильное питьё (до 2 л в день).

5)Полноценная витаминизированная диета + клюква (клюквенный морс, почечный чай, петрушка, полевой хвощ, брусничник).

6)Антибактериальная терапия:

- В 1-ом триместре беременности применяются природные и полусинтетические пенициллины,

  которые не обладают

  эмбриотоксическим действием.

- Во 2-3 триместре беременности спектр антибактериальных препаратов расширяется, т.к. начинает выполнять свою защитную функцию плацента.

- В первом триместре беременности используют полусинтетические пенициллины — ампициллин, оксациллин, метициллин, во втором триместре — в зависимости от чувствительности и вида возбудителей назначаются полимиксин, эритромицин, ристомицин, канамицин, препараты группы цефалоспоринов

- Кроме того, используются сульфаниламидные препараты, производные нитрофурана, оксихинолина, налидиксовой кислоты
- Канефрон – растительный препарат (антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антибактериальное, диуретическое д-я)

Сахарный диабет беременных

- **Гестационный сахарный диабет**– это сахарный диабет, развивающийся у женщины в период беременности.
- Чаще всего это заболевание развивается после 15-16 недели беременности. Если оно выявлено на более ранних сроках, то можно подозревать то, что у женщины еще до беременности развился обычный сахарный диабет 1-го или 2-го типа.
- Развивается он у 4-6% беременных женщин.
- После родов чаще всего гестационный диабет проходит, но в некоторых случаях может сразу же переходить в сахарный диабет 1-го или 2-го типов. Часто у женщин, перенесших гестационный диабет, через несколько лет развивается обычный сахарный диабет.

Факторы способствующие развитию

- Полностью причины развития гестационного диабета не известны, но выделяют несколько факторов, которые способствуют развитию заболевания.
- Во-первых, это избыточная масса тела и ожирение. Риск развития диабета напрямую зависит от того, насколько выражено ожирение – чем больше вес, тем больше риск развития диабета.

- Во-вторых, наличие наследственности по сахарному диабету. Если у кого-то из родственников были случаи заболевания сахарным диабетом, то у женщины повышенный риск возникновения гестационного диабета.
- Повышается риск при возникновении беременности у женщин старше 33-35 лет.
- Надо брать во внимание прошлые неудачные беременности (выкидыши, мертворождение).
- Есть вероятность возникновения гестационного диабета и в случаях развития многоводия в прошлые беременности, при рождении детей весом от 4-х кг, рождение в прошлом детей с тяжелыми пороками развития, периодические подъемы сахара в прошлые беременности.

Признаки и выявление СД

- Для гестационного диабета характерно медленное развитие, без ярко выраженных симптомов.
- Может появиться небольшая жажда, сильная утомляемость, увеличение аппетита, но при этом потеря веса, частые позывы в туалет. Часто женщины не обращают на это внимания, списывая все на беременность.
- Но о любых неприятных ощущениях следует сообщать врачу, который назначит обследование. В течение беременности женщина должна не один раз сдавать кровь и мочу на сахар. При повышенных результатах может быть назначен тест с нагрузкой – то есть берется сахар натощак, а потом через час после принятия 50г глюкозы. Этот тест дает более широкую картину.

- По результатам одного анализа натощак диагноз не может быть выставлен, а вот при проведении теста (чаще двух, второй через 10-14 дней после первого) уже можно говорить о наличии или отсутствии диабета.

- Диагноз ставится, если натощак значения сахара выше 5,8, через час после глюкозы – выше 10,0 ммоль/л, через два часа – выше 8,0.

Осложнения

- При некомпенсированном сахарном диабете, в том числе гестационном, высоки риски возникновения различных пороков развития плода, особенно на ранних сроках развития.

- Во втором триместре у плода развивается своя поджелудочная железа, которая помимо утилизации глюкозы в организме ребенка, вынуждена нормализовать уровень глюкозы в организме матери. Это вызывает выработку большого количества инсулина, развивается гиперинсулинемия. Развитие гиперинсулинемии грозит гипогликемическими состояниями новорожденных (так как поджелудочная железа привыкла работать за двоих), нарушениями дыхательных функций и развитием асфиксии.

- Для плода опасен не только высокий сахар, а также и низкий. Частые гипогликемии вызывают нарушения питания головного мозга, что грозит замедлением психического развития ребенка.

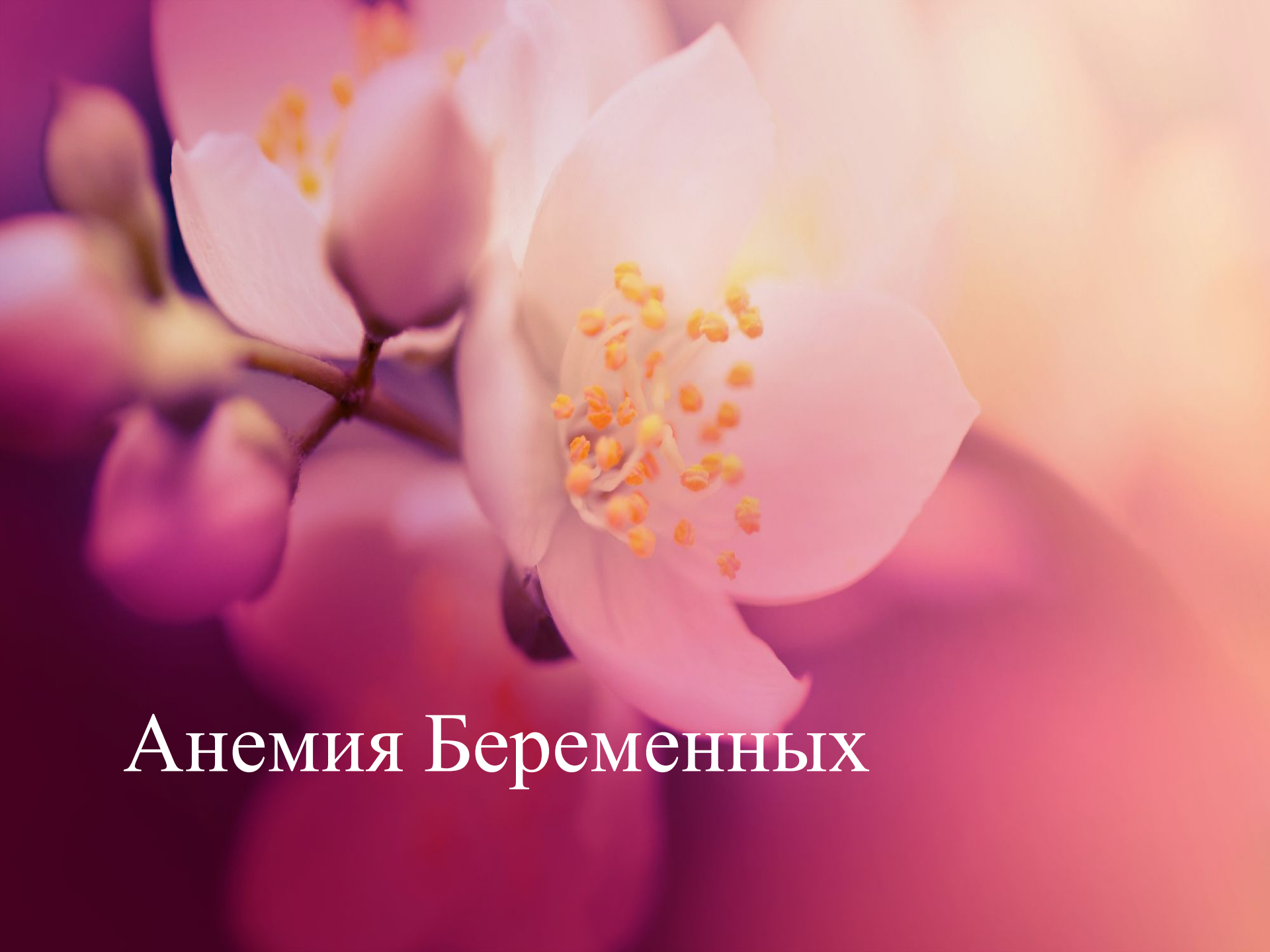
Чем опасен гестационный диабет для матери?

- Некомпенсированный гестационный диабет несет угрозу нормальному течению беременности. Высок риск развития гестоза (осложнение, при котором нарушаются функции разных систем органов, особенно сосудистой системы). Это приводит к нарушению питания плода.
- Часто развивается многоводие.
- Повышается риск возникновения замерших беременностей.
- При постоянной гипергликемии часто развиваются инфекции половых путей, что вызывает инфицирование плода.

Лечение

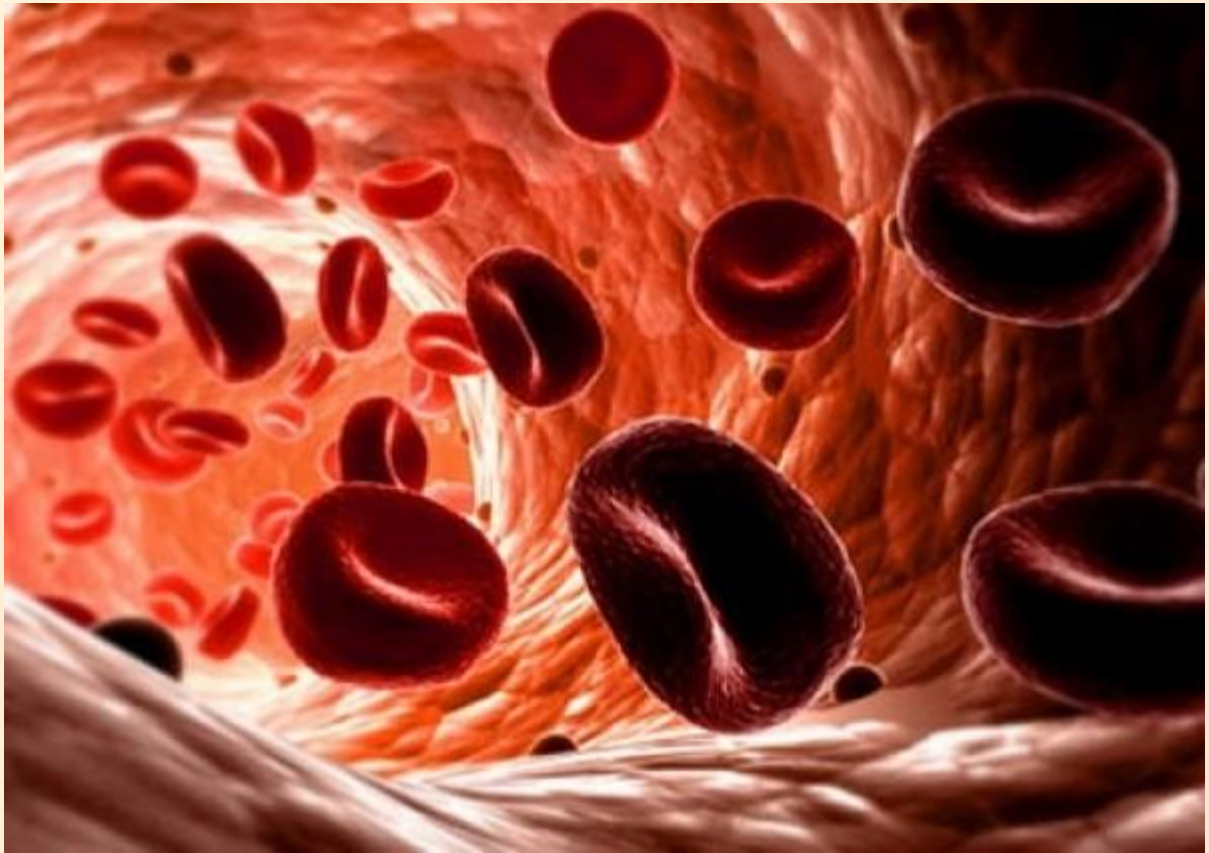
- Очень часто для компенсации гестационного диабета достаточно соблюдения диеты.
- Нельзя резко снижать энергетическую ценность пищи.
- Рекомендуются частые, но не обильные приемы пищи (5-6 раз), то есть завтрак, обед, ужин и три перекуса.
- На время беременности следует исключить легкоусваеваемые углеводы (сахар, сдобная выпечка, сладости), так как они вызывают резкий подъем сахара в крови.
- Следует ограничить потребление жиров (сливки, жирное мясо, масло сливочное), так как в условиях нехватки инсулина они являются источниками кетоновых тел, что вызывает отравление организма.

- Увеличить потребление продуктов, содержащих большое количество клетчатки (овощи, зелень, фрукты). Из фруктов следует исключить бананы, виноград, дыню.
- На углеводы в суточном рационе следует отводить около 50%, на белки – около 20%, а на жиры – около 30%.
- В случаях, когда одной диеты для компенсации недостаточно (сахар держится повышенным), назначают инсулинотерапию.
- После родов необходимость в инсулинотерапии отпадает.
-



Анемия Беременных

- Анемия - это осложнение беременности, которое характеризуется снижением уровня гемоглобина и количества эритроцитов.



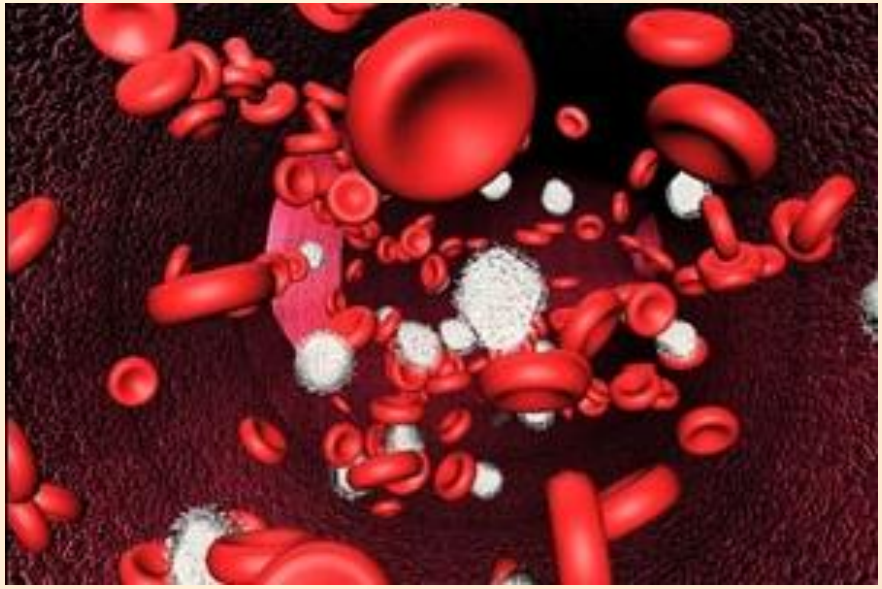
- Причиной возникновения анемии у беременных является повышенное использование железа растущим плодом и недостаточная компенсация его дефицита за счет питания. Анемия может быть связана с недостатком в рационе питания белков и витаминов. Чаще всего анемия появляется во второй половине беременности.

Симптомы

- Общая слабость, быстрая утомляемость, головокружение, иногда обморочные состояния, учащенное сердцебиение, одышка при физической нагрузке. Подобные жалобы появляются уже при анемии средней тяжести и тяжелой. При легкой степени анемии самочувствие беременной, как правило, не нарушено, и диагноз может быт поставлен только после исследования анализа крови.

- Тяжесть течения анемии определяется по уровню гемоглобина. Различают 3 степени тяжести:

Легкая степень: гемоглобин 110-90 г/л
Средняя степень: гемоглобин 90-80 г/л
Тяжелая степень: гемоглобина меньше 80 г/л



- Анемия осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, влияет на развитие плода. Часто присоединяется токсикоз второй половины беременности (появляются отеки), увеличивается риск преждевременных родов. В родах возникает слабость родовой деятельности, возрастает объем кровопотери. В послеродовом периоде снижается выработка грудного молока. Опасность для ребенка заключается в задержке его внутриутробного развития (из-за анемии плод начинает испытывать недостаток в кислороде и питательных веществах; в результате ребенок может родиться незрелым, с низким весом и в последствии будет более восприимчив к инфекциям.

- Диагностика включает обследование в женской консультации и стационаре. Определяются:

Количество эритроцитов и гемоглобина, цветной показатель, гематокрит.
Показатели содержания железа, обмена железа, общий белок, белковые фракции.

Лечение

- Существует множество препаратов железа, причем ни один из них не оказывает вредного воздействия на плод. А вот с точки зрения их влияния на состояние самой беременной женщины далеко не все из них можно назвать безвредными. Имеющиеся в продаже средства сильно разнятся по процентному содержанию железа, ассортименту и количеству дополнительных ингредиентов, и не все беременные одинаково хорошо реагируют на все препараты.

- Так, *ферроцерон* способен вызвать диспепсию, нарушение мочевыделения. Поэтому если есть возможность выбора, им лучше не пользоваться. А *феррокаль*, как и *ферроплекс*, имеют незначительные побочные эффекты и, как правило, хорошо переносятся беременными женщинами. Оба эти препарата рекомендуется применять в довольно больших дозах: по 2 таблетки 3-4 раза в день. *Конферон*, содержащий больше железа (он, кстати, также может вызвать диспепсию), нужно принимать в меньших дозах: 1 капсулу 3 раза в день. *Тардиферон* и *гино-тардиферон* (в последний добавлена полезная для плода фолиевая кислота) достаточно принимать по 1 таблетке в день с профилактической и по 2 таблетки — с лечебной целью.

- Если во время беременности не удалось добиться излечения анемии, то после родов необходимо ежегодно в течение месяца проводить полноценный курс приема медикаментов до нормализации состояния.

Железодефицитную анемию лечат преимущественно амбулаторно. Только в тяжелых случаях требуется госпитализация. Эта форма анемии не является противопоказанием для беременности.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!