

Э к с т р а г е н и т а  
л ь н а я  
п а т о л о г и я и  
б е р е м е н н о с т ь

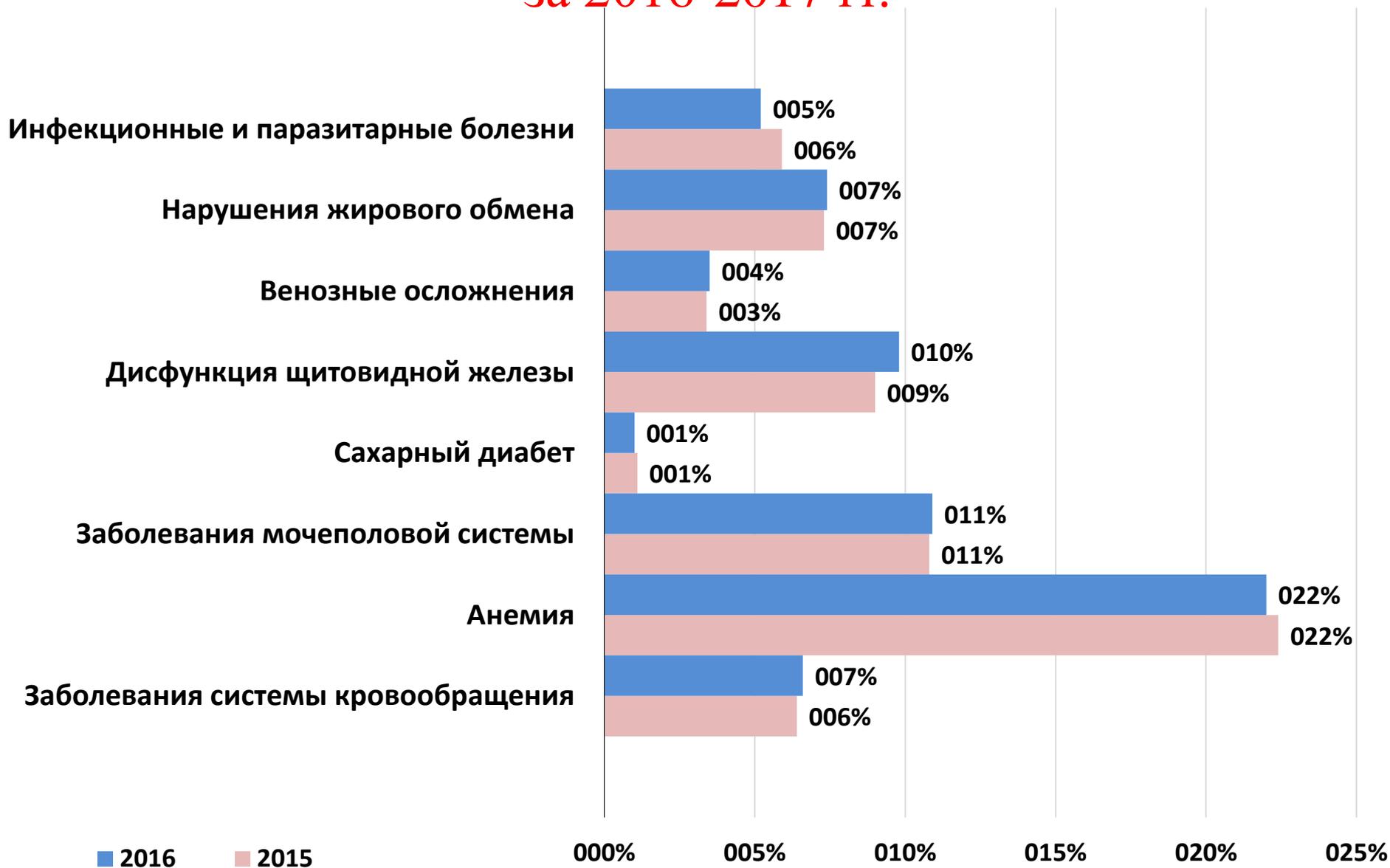


Доцент кафедры  
акушерства и  
гинекологии

к.м.н. доцент  
Е.А. Эйныш

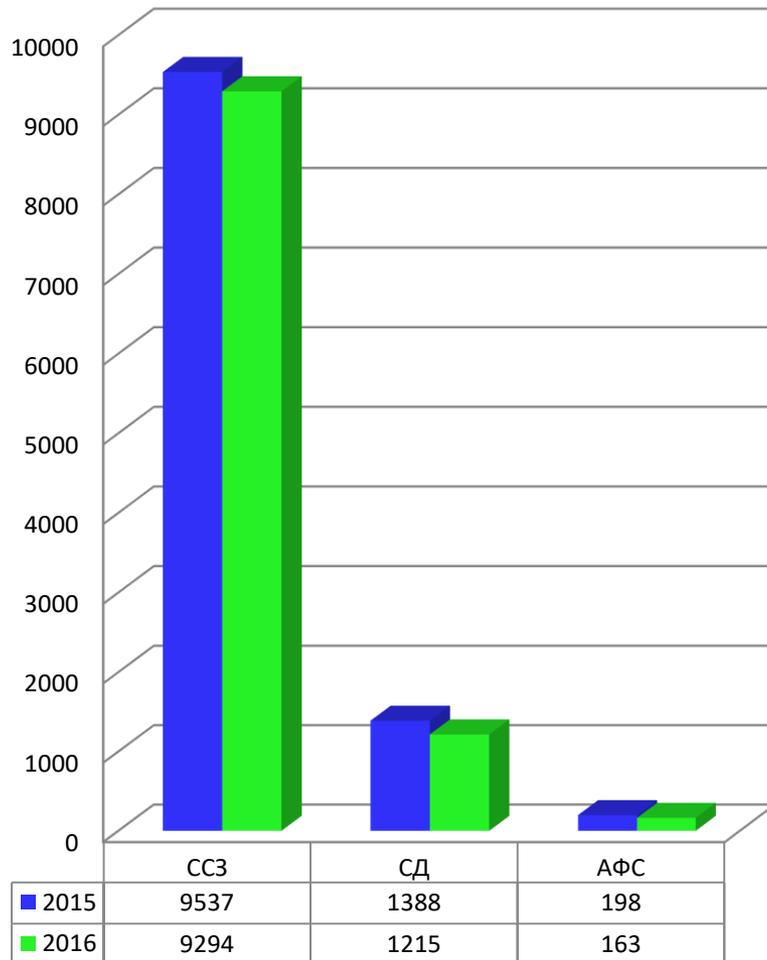
- Частота соматической патологии у беременных достигает 70%
- Тяжелая фоновая соматическая патология у беременных – причина материнской и перинатальной заболеваемости и смертности
- Развитие медицины и ее технологий позволило значительно уменьшить количество заболеваний, при наличии которых беременность и роды абсолютно противопоказаны

# Заболеваемость беременных в Республике Беларусь за 2016-2017 гг.

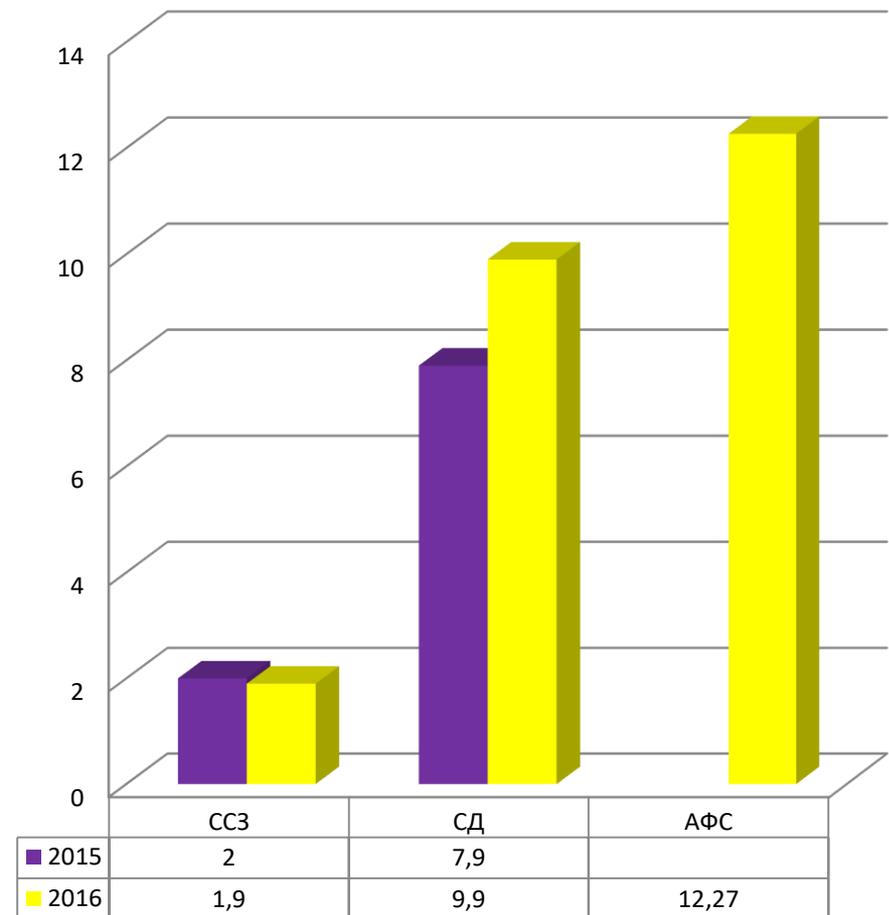


# Соматическая патология при беременности

## Всего родов



## Перинатальная смертность(на 1000 живо- и мертворожденных)



# Планирование и рациональное ведение беременности и родов у пациенток с соматической патологией – резерв снижения перинатальной и материнской заболеваемости и смертности

- **Приказ МЗ РБ «О порядке госпитализации женщин с экстрагенитальной патологией во время беременности и в послеродовом периоде в соматические и хирургические стационары» от 31.01.2007 №59**
- **Приказ МЗ РБ «Об утверждении Положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в РБ» от 23.01.2010 №52**
- **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» от 19.02.2018 №17**

# Планирование беременности

- Цель – наступление беременности на фоне стойкой компенсации соматической патологии (отсутствие клинических и лабораторных проявлений заболевания в течение 6 месяцев)
- Проводится совместно участковыми врачами:
  - Акушер-гинеколог назначает контрацепцию на период проведения дородовой подготовки
  - Терапевт обследует пациентку, устанавливает развернутый терапевтический диагноз и проводит лечение

# Степени риска развития осложнений беременности и родов

- **I степень (минимальная)** - осложнения беременности возникают не более, чем у 20% женщин. Беременность допустима
- **II степень (выраженная)** - в 20-50% случаев возникают осложнения гестационного процесса. Беременность допустимая только при достижении стойкой компенсации соматической патологии
- **III степень (максимальная)** - у более чем 50% женщин возникают осложнения беременности, высока перинатальная и материнская смертность; беременность представляет опасность для здоровья и жизни женщины.  
**Беременность абсолютно противопоказана**

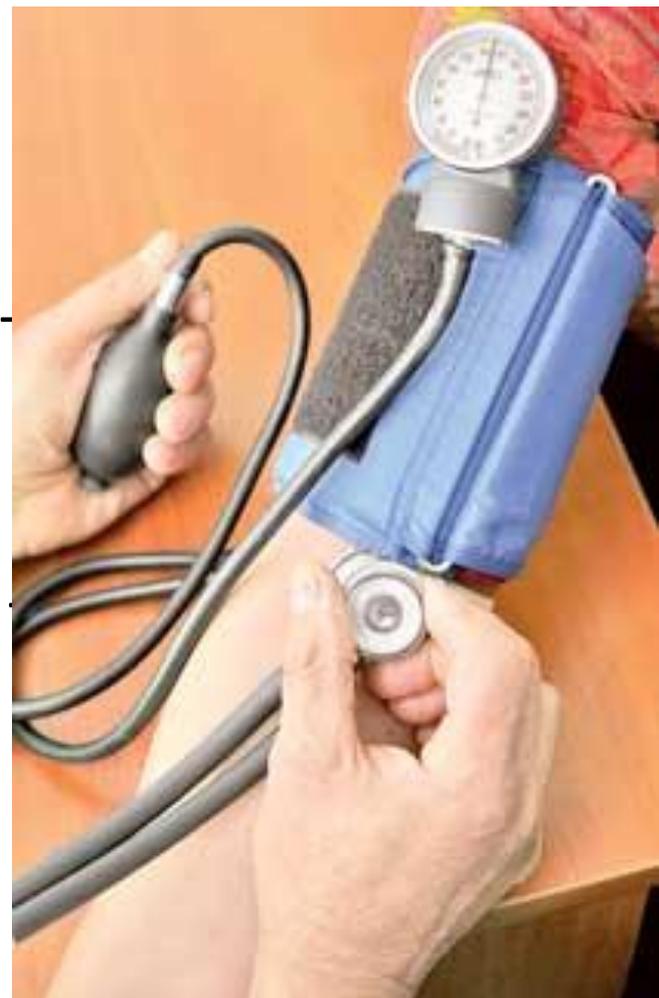
# Противопоказания к беременности



- Относительные (2 степень риска)
- Абсолютные (3 степень риска)
- Временные (ОРВИ, ИППП, стадия нестойкой компенсации соматического заболевания)
- Постоянные (соматические заболевания в стадии декомпенсации и др.)

# Стадии артериальной гипертензии

- I стадия: отсутствие поражений органов-мишеней - **беременность не противопоказана**
- II стадия: наличие хотя бы одного признака поражения органов-мишеней **беременность противопоказана до достижения стойкой компенсации функции органа-мишени**
- III стадия: наличие одного или нескольких ассоциированных (сопутствующих) состояний – **беременность противопоказана**



## Акушерские осложнения у беременных с АГ

- Преэклампсия
- ПН (СЗРП, ХВГП, антенатальная гибель плода)
- Досрочное прерывание беременности (невынашивание, преждевременные роды)
- ПОНРП
- Аномалии родовой деятельности
- Гипотонические, коагулопатические кровотечения

## Осложнения АГ у беременных

- Гипертонический криз
- Стенокардия
- Острая левожелудочковая недостаточность
- Острые нарушения мозгового кровообращения
- Гипертоническая энцефалопатия
- ОПН и ХПН
- Гипертоническая ретинопатия

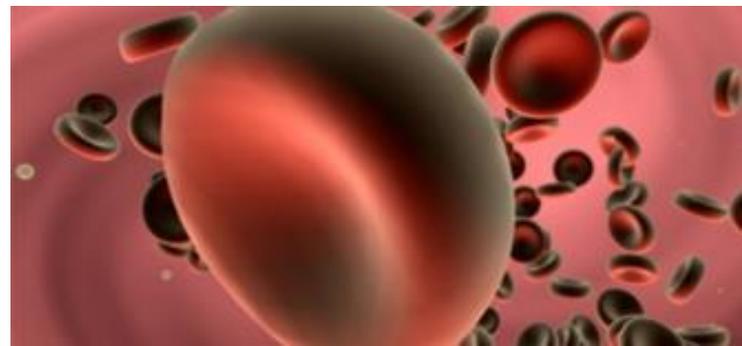
# Причины смерти беременных и рожениц, родильниц, страдающих артериальной гипертензией

- Инсульт
- Эклампсия
- Массивные акушерские кровотечения, осложненные ДВС

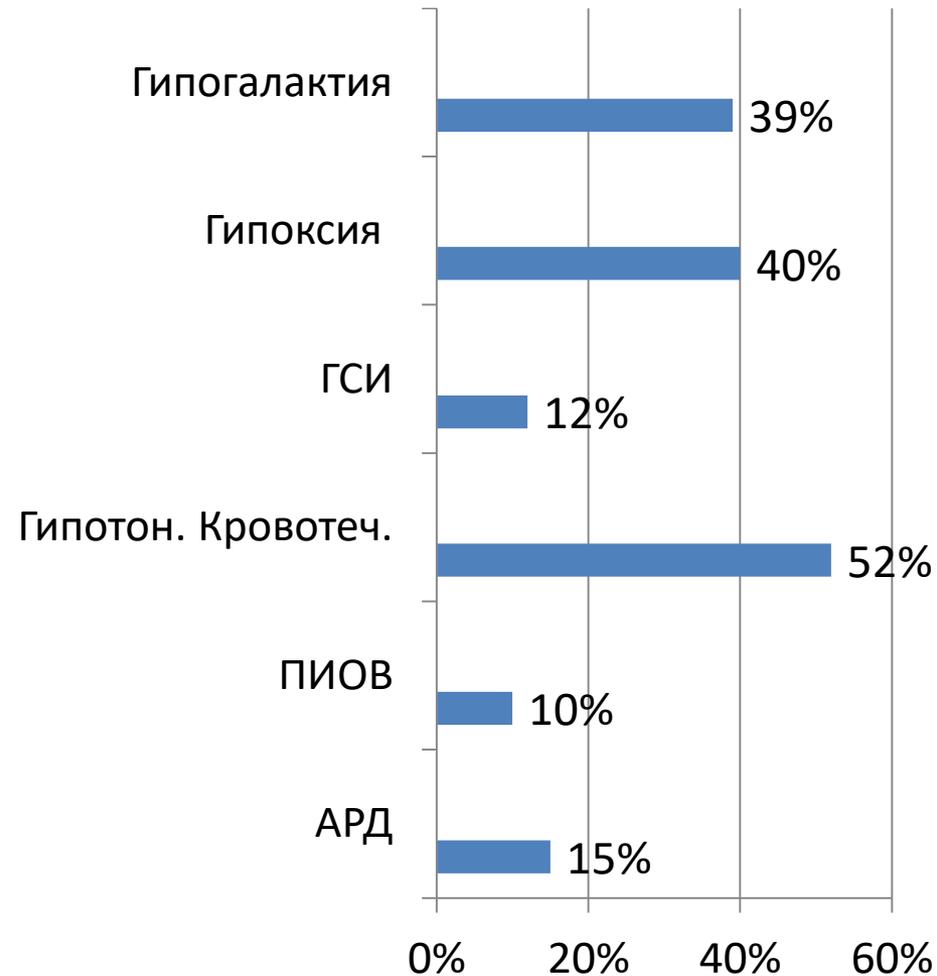
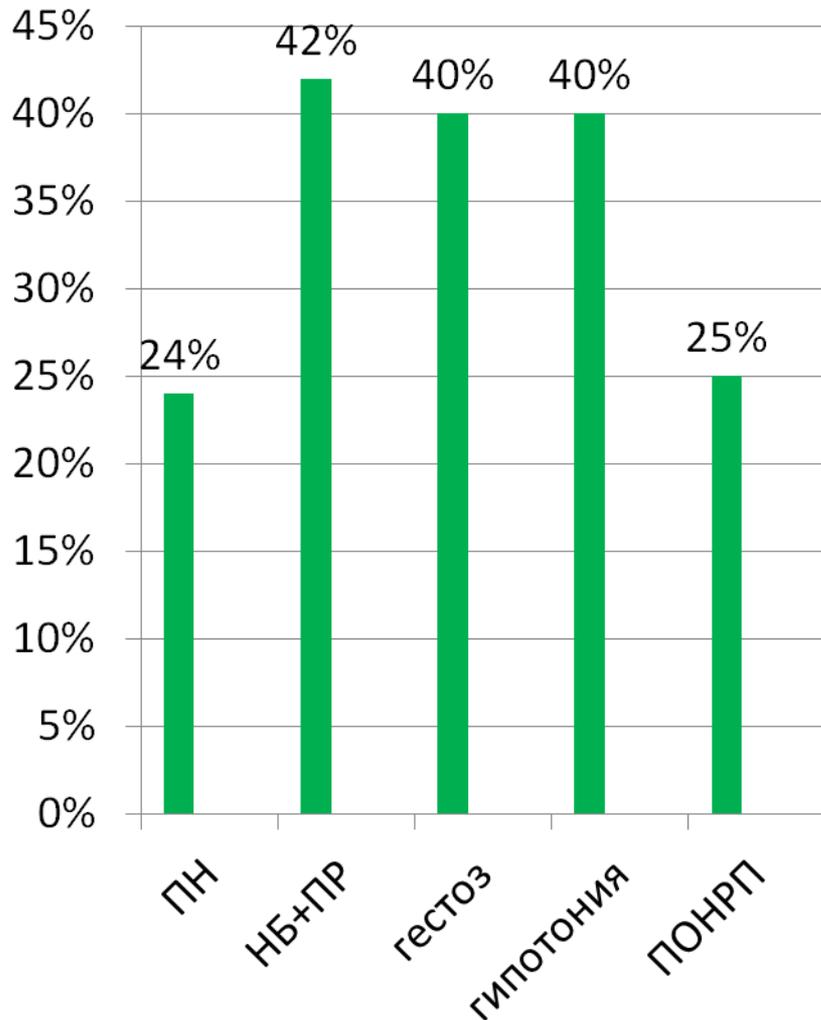
# Патогенез гестационных осложнений при ЖДА



- ***неблагоприятное сочетание гемической, тканевой и циркуляторной гипоксии***
- В основе механизма развития осложнений гестации лежит гипоксия тканей матери, а также маточно-плодово-плацентарного комплекса



# Осложнения беременности, родов и послеродового периода при тяжелой ЖДА



ЖДА увеличивает перинатальные потери и заболеваемость новорождённых:

- Перинатальная смертность – до 20,7‰.
- Перинатальная заболеваемость до 1000‰
- Аномалии развития плода -17,8 %
- Гипоксическая травма мозга – 40%
- Инфекционно-воспалительные заболевания новорожденных -37%

# Осложнения основного заболевания и беременности у пациенток с сахарным диабетом



## Осложнения, связанные с прогрессированием ангиопатий:

- диабетическая ретинопатия,
- диабетическая нефропатия
- преэклампсия
- фетоплацентарная недостаточность

## Осложнения, связанные с недостаточностью иммунной системы:

- инфекции мочевыводящих путей и половых органов
- самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды
- многоводие

## Осложнения, обусловленные метаболическими изменениями

- врожденные пороки развития плода
- диабетическая фетопатия
- гиперкетонемическая диабетическая кома, гипогликемическая кома

## Осложнения беременности и родов у пациенток с патологией щитовидной железы

- ранний токсикоз, преэклампсия (54%)
- самопроизвольный выкидыш (4%), преждевременные роды (18%)
- хроническая гипоксия плода (34%), синдром задержки роста плода (21,5%)
- аномалии родовой деятельности (31%)



# Классификация

## йоддефицитной патологии (ВОЗ, 2001)

- **Во внутриутробном периоде:**

внутриутробная гибель (аборты);

мёртворождения;

врождённые аномалии;

неврологический кретинизм (значительный дефект интеллектуального развития, нейросенсорная (перцептивная) глухота, немота и тяжелые моторные нарушениями - церебральный паралич и др.);

микседематозный кретиниз (умственная отсталость, задержка физического и полового развития)

психомоторные нарушения.

- **У новорождённых:**

неонатальный гипотиреоз.

- **У детей и подростков:**

нарушение умственного и физического развития.

синдром дефицита внимания с гиперактивностью, глухота, косоглазие

- **У взрослых:**

зоб (диффузный и узловой) и его осложнения;

йодиндуцированный тиреотоксикоз.

- **В любом возрасте:**

гипотиреоз;

нарушение когнитивных функций:

**неблагоприятное  
воздействие**

**йоддефицитного состояния  
в период формирования  
центральной нервной  
системы во  
время беременности и в  
перинатальном периоде**

# Интеллектуальное развитие детей, проживающих в регионах с различным обеспечением йодом



N.Bleichrodt, 1989

***Показатели умственного развития населения (IQ-индекс), проживающего в регионах йодной недостаточности на 15-20% ниже таковых в регионах без дефицита йода***

# Ведение беременности

- Совместное амбулаторное наблюдение пациентки акушером-гинекологом и специалистами по профилю соматического заболевания (терапевт, эндокринолог, кардиолог, уролог, хирург и др.)
- Частота осмотров пациентки терапевтом:
  - до 20-22 нед. беременности – 1 раз в 3-4 недели
  - после 22 нед. беременности – 1 раз в 10-14 дней или индивидуально.
- Осмотры заведующим терапевтическим отделением, офтальмологом (глазное дно), кардиологом, эндокринологом, урологом, хирургом -1 раз за каждый триместр беременности, чаще по показаниям.
- Осмотры другими специалистами – по показаниям

# Плановые госпитализации

- ✓ Госпитализация **до 12 недель** беременности (в стационар терапевтического профиля): решение вопроса о сохранении беременности, определение показаний к её прерыванию или лечению при отказе женщины прервать беременность
- ✓ Профилактические госпитализации в **18-20 - 26-28, 32-34 недель** беременности
  - При отсутствии осложнений гестации госпитализации проводятся в соматический стационар
  - При наличии осложнений гестации - в акушерский стационар высокого уровня оказания акушерской и перинатальной помощи (3-4 уровни)
- Дородовая госпитализация в **36-37 недель** беременности для определения срока и выбора способа родоразрешения

- Экстренные госпитализация на любом сроке беременности -

при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения, при развитии осложнений беременности или соматического заболевания

# Особенности ведения родов

- При доношенной беременности - преимущественно через естественные родовые пути, при родоразрешении до 34 недель гестации - преимущественно путем кесарева сечения
- Совместно с анестезиологом-реаниматологом, кардиологом, эндокринологом
- Максимальная анестезия (преимущественно СПА или эпидуральная анестезия) с начала родовой деятельности
- Профилактика аномалий родовой деятельности
- Профилактика гипоксии плода
- Лечение соматической патологии в родах
- Профилактика кровотечения в раннем послеродовом периоде
- Профилактика ГСИ в послеродовом периоде

## Этапы реабилитации пациентки в послеродовом периоде

- 1 - в условиях послеродового отделения (совместно с терапевтом)
- 2 - в условиях соматического стационара по профилю соматической патологии
- 3 - в амбулаторных условиях (совместное наблюдение акушером-гинекологом и терапевтом, при необходимости продолжить лечение у терапевта или другого специалиста)