

ГБУ «ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж»

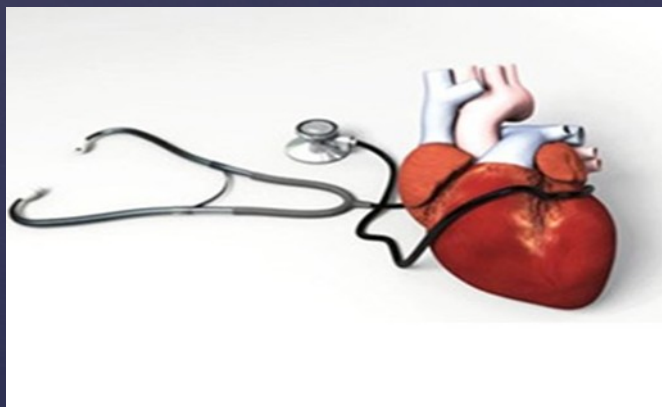
ПМ 04. Медицинская помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода

МДК 04.01. Патологическое акушерство

Специальность 31.02.02. «Акушерское дело»

Тема занятия:

Беременность и роды при приобретенных и врожденных пороках сердца



Преподаватель: Мамиева В.А.

Астрахань- 2020

Знать:

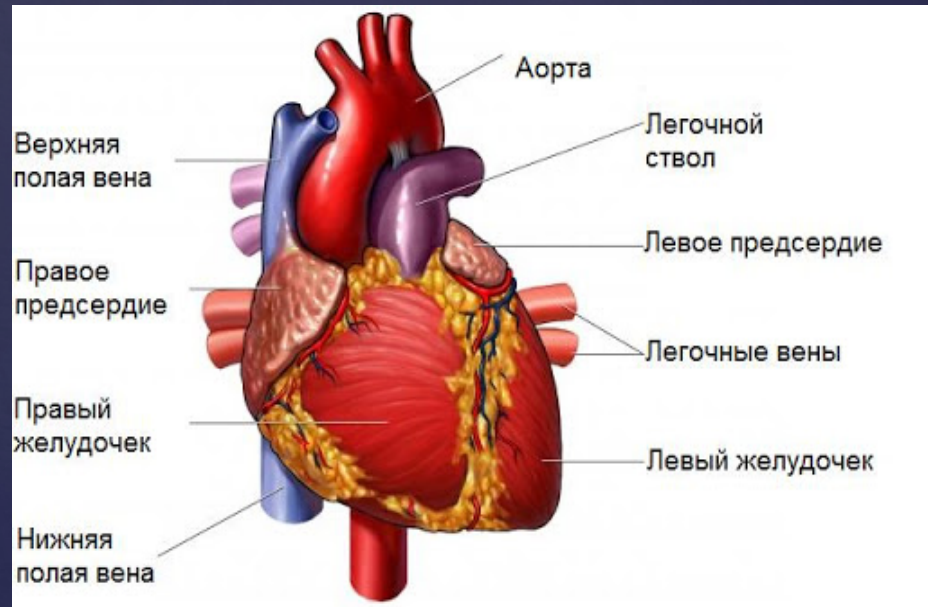
- ⌘ Виды акушерской патологии;
- ⌘ Особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода на фоне акушерской и экстрагенитальной патологии;
- ⌘ Доврачебная помощь при неотложных состояниях в акушерстве.

Уметь:

- ⌘ Проводить обследование, уход и наблюдение за женщинами с акушерской и экстрагенитальной патологией под руководством врача;
- ⌘ Осуществлять уход за пациентом в послеоперативном периоде.

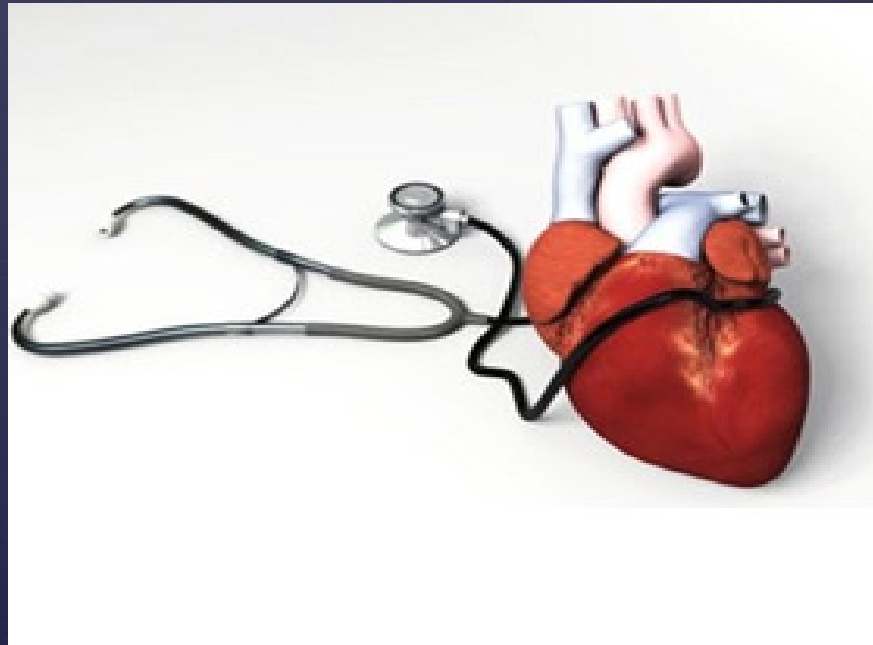
Содержание

1. Понятие
2. Приобретенные пороки сердца:
3. Врожденные пороки сердца:
4. Течение беременности
5. Факторы приводящие к декомпенсации СД
6. Осложнения
7. Ведение беременности
8. Степени риска
9. Диагностика
10. Лечение
11. Родоразрешение



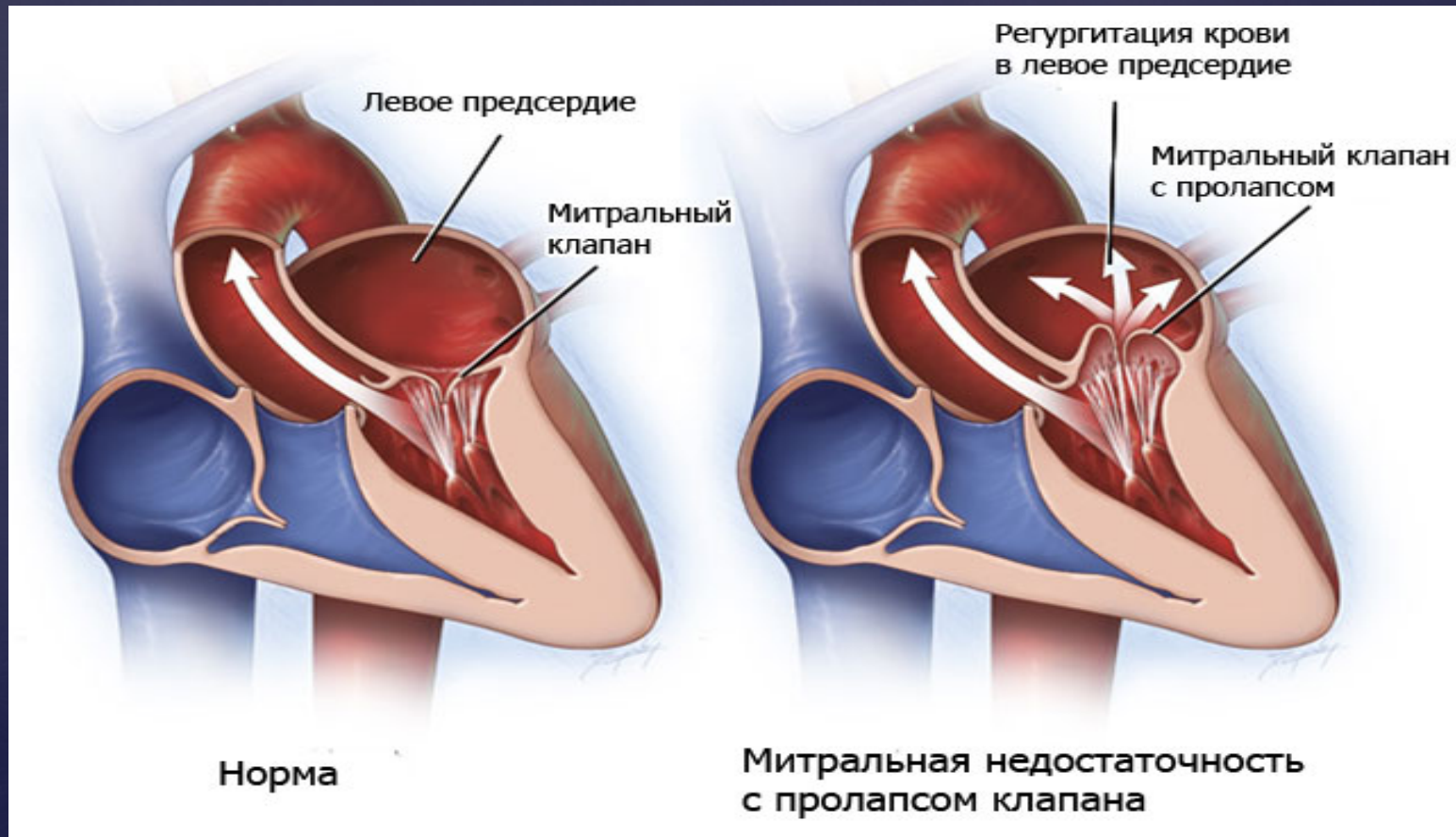
ПОНЯТИЕ

Пороком сердца называется стойкое патологическое изменение в строении сердца, нарушающее его функцию. Пороки сердца могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные пороки сердца встречаются гораздо реже приобретенных. Они возникают в результате нарушения нормального развития сердца и магистральных сосудов во внутриутробном развитии и составляют 1-2% от всех заболеваний сердца.



Приобретенные пороки сердца

Составляют 75-90% всех поражений сердца у беременных. Чаще всего они имеют ревматическое происхождение. Наиболее часто поражается митральный клапан, реже - аортальный, еще реже – трехстворчатый.



Жалобы

Основные жалобы при приобретенных пороках:

⌘ Быстрая утомляемость

⌘ Мышечная слабость

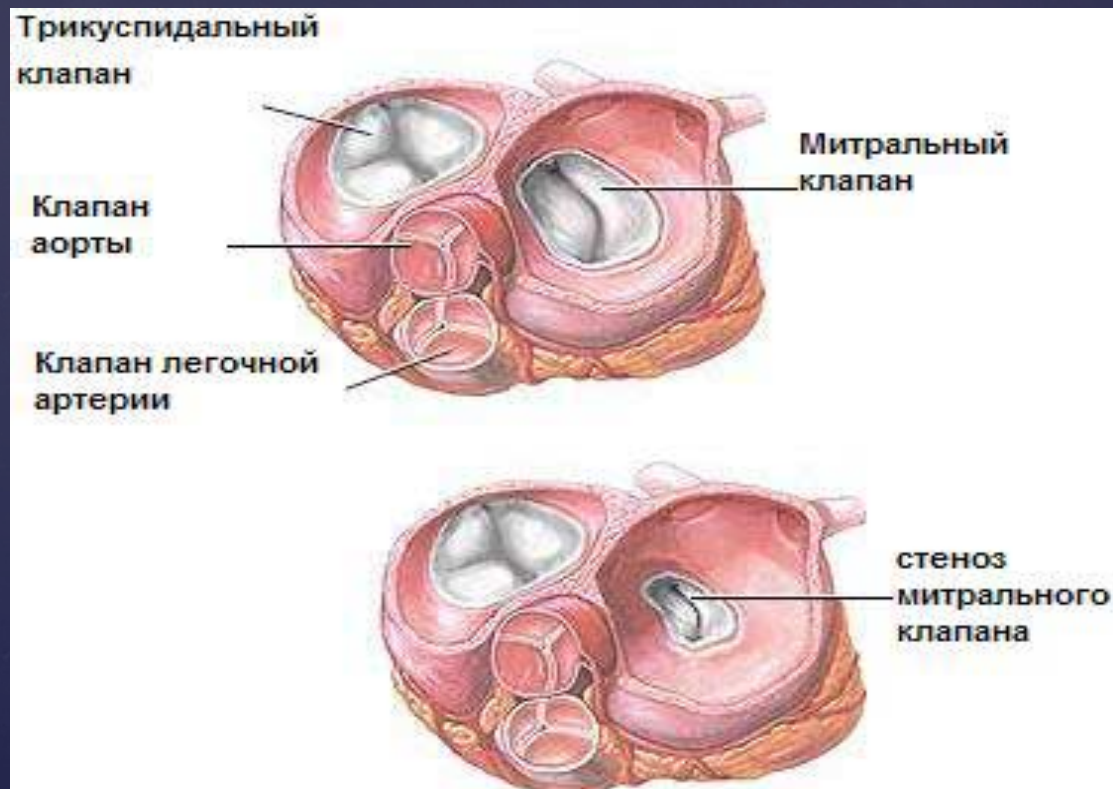
⌘ Тяжесть в ногах

⌘ Сонливость

⌘ Сердцебиение и одышка, возникающие только при физической нагрузке; по мере прогрессирования порока одышка наблюдается и в покое

Митральный стеноз

Чаще всего проявляется признаками сердечной недостаточности. Признаки начинают появляться с 12-20 нед беременности, восстановление гемодинамики происходит через 2 года после родов



Стадии митрального стеноза

- ⌘ I стадия - полная компенсация кровообращения. Жалобы отсутствуют, одышки нет даже при физической нагрузке.
- ⌘ II стадия - относительная недостаточность кровообращения. После физической нагрузки возникают симптомы нарушения кровообращения в малом круге в виде одышки, в покое одышки нет.
- ⌘ III стадия - начальная стадия выраженной недостаточности. Появление застоя в легких, повышение венозного давления, увеличение печени, отсутствуют отеки, нет мерцательной аритмии.
- ⌘ IV стадия - выраженная недостаточность кровообращения. Значительный застой в малом и большом круге, повышение венозного давления, значительное увеличение и плотность печени, отек, асцит, увеличение сердца, дистрофия миокарда.
- ⌘ V стадия - дистрофический период недостаточности кровообращения, огромные размеры печени, сердца, асцит, аносарка.

Недостаточность митрального клапана

В изолированной форме встречается редко (до 3-4%), чаще комбинируется со стенозом левого венозного отверстия и с пороками аортального клапана. Вследствие регургитации крови при недостаточности митрального клапана наблюдается наполнение левого предсердия, а затем желудочка. После этого наступает застой в легких и переполнение правого желудочка.



**НОРМАЛЬНЫЙ
МИТРАЛЬНЫЙ
КЛАПАН**



**ПРОЛАПС
МИТРАЛЬНОГО
КЛАПАНА**



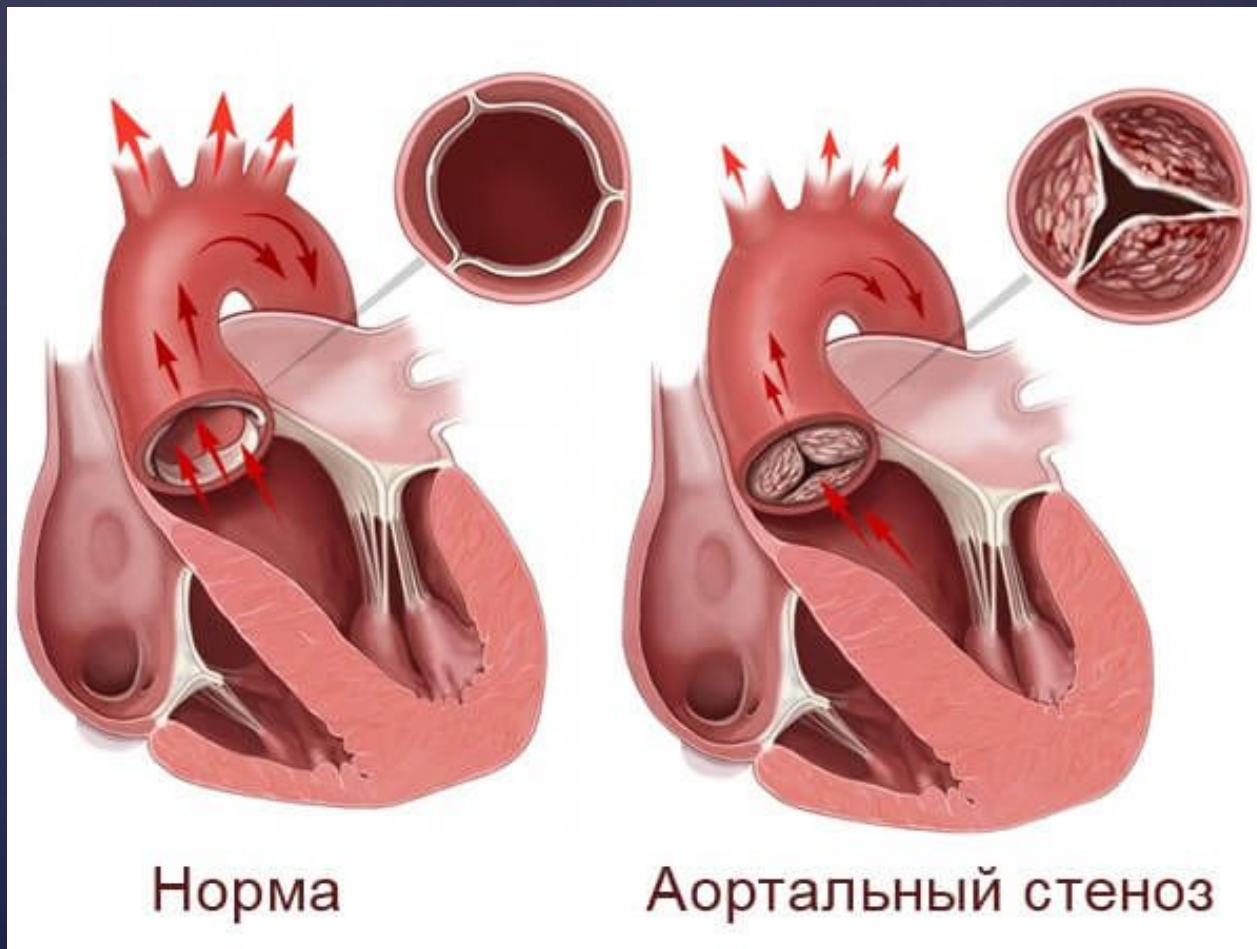
**ИНФЕКЦИОННЫЙ
ЭНДОКАРДИТ**



**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
МИТРАЛЬНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

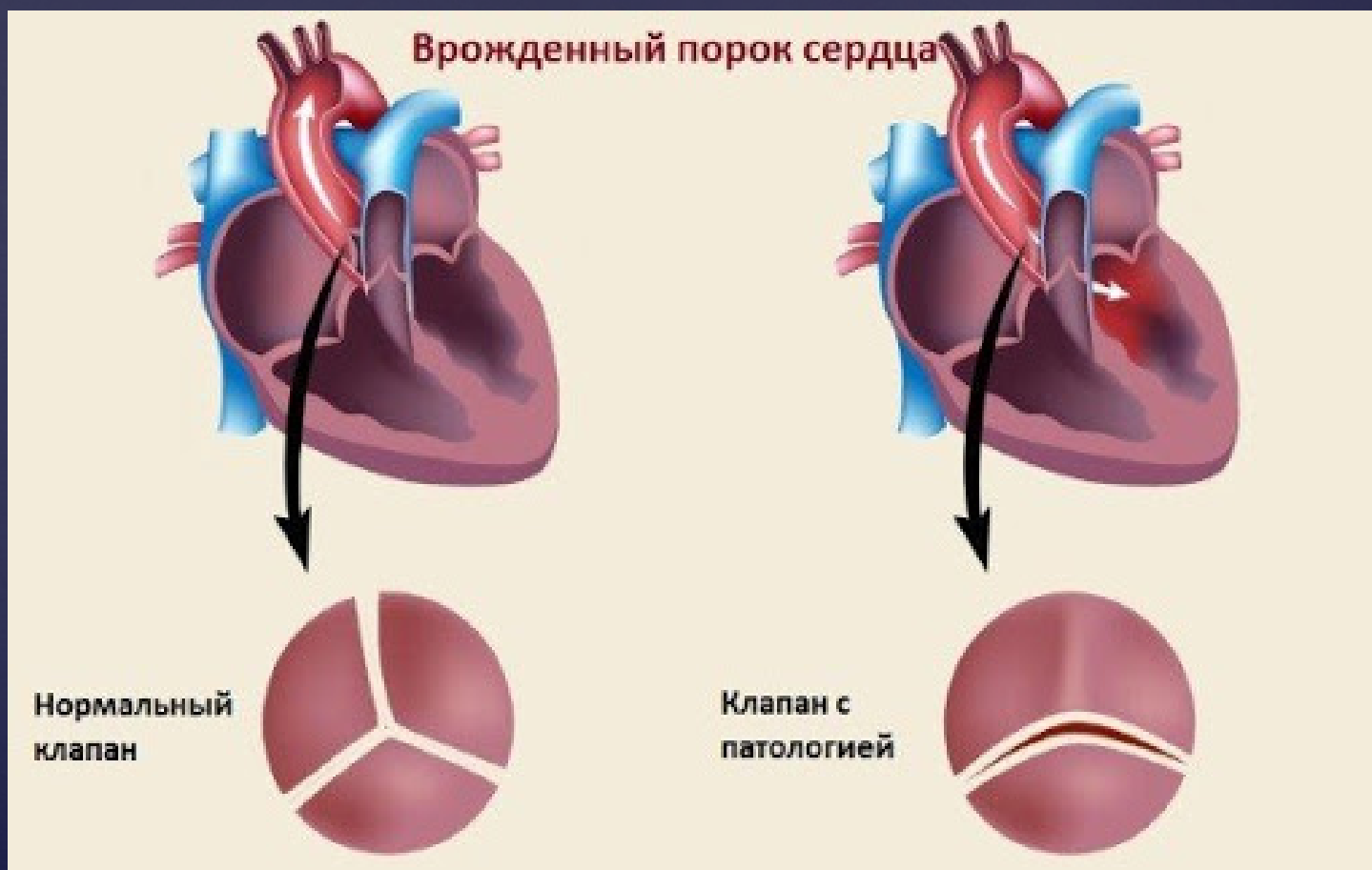
Аортальный стеноз

В изолированном виде встречается редко. Сужение аорты вдвое не отражается на состоянии больной.



Врожденные пороки сердца

Составляют 0,5 - 10% от всех заболеваний сердца.

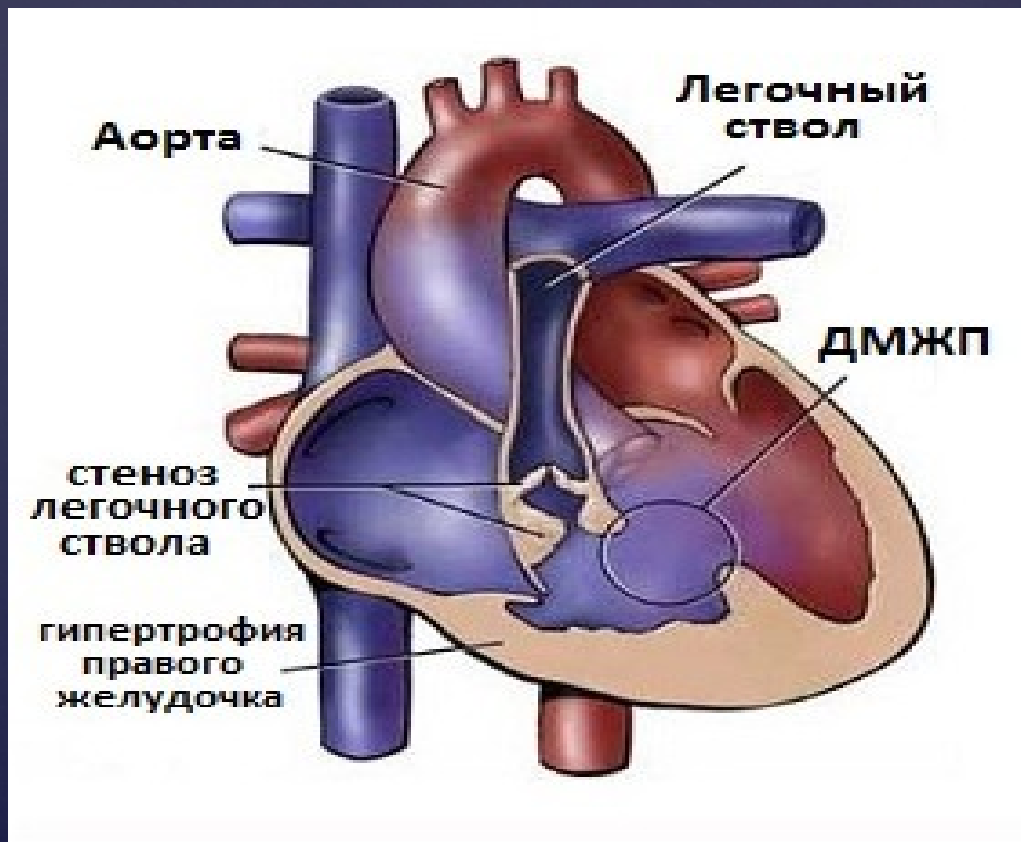


Наиболее часто встречающиеся врожденные пороки:

- ✧ 1) пороки, сопровождающиеся сбросом крови слева направо (дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки). Хорошо переносят беременность больные с дефектом мышечного отдела межжелудочковой перегородки, с небольшим дефектом межпредсердной перегородки и с частичной облитерацией открытого артериального протока.
- ✧ 2) пороки, при которых происходит сброс крови справа налево (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов) – являются наиболее тяжелыми.
- ✧ 3) пороки, при которых имеется препятствие кровотоку (стеноз легочной артерии, стеноз устья аорты, коарктация аорты). При изолированном стенозе легочной артерии беременность, как правило, заканчивается благополучно для матери и плода. При коарктации аорты беременность допустима только при умеренном ее сужении.

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.



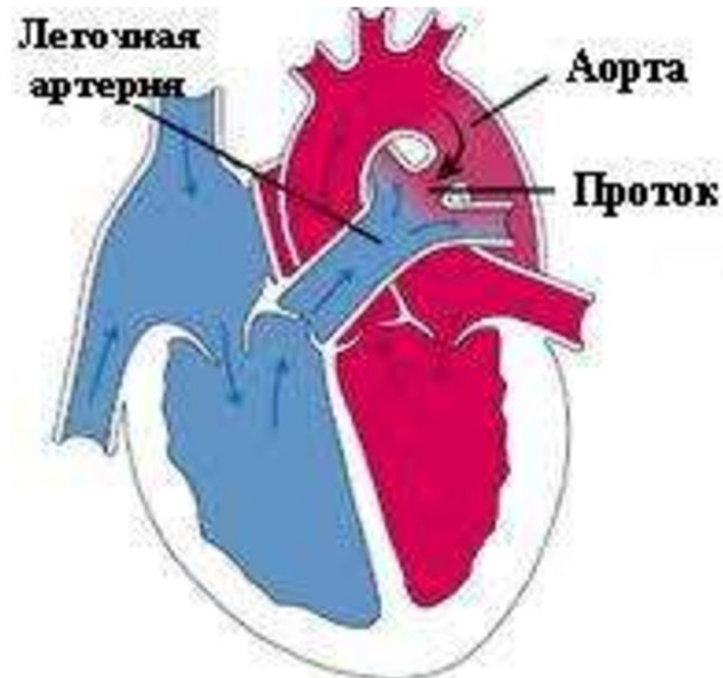
Дефект межпредсердной перегородки

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.



Открытый артериальный проток

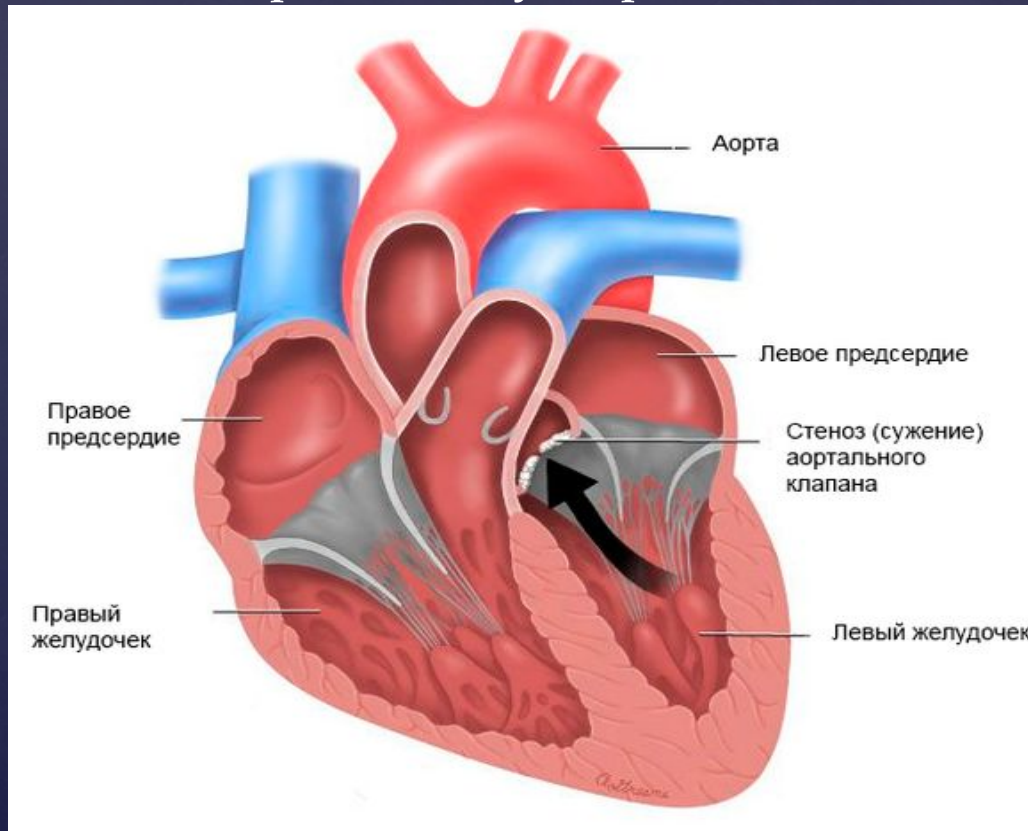
При не заращении протока происходит сброс крови из аорты в легочную артерию, происходит дилатация легочной артерии, левого предсердия и левого желудочка. Данное заболевание, при неблагоприятном течении, может осложнить развитие легочной гипертензии, подострого бактериального эндокардита, а также сердечной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



Схематическое изображение
открытого артериального протока

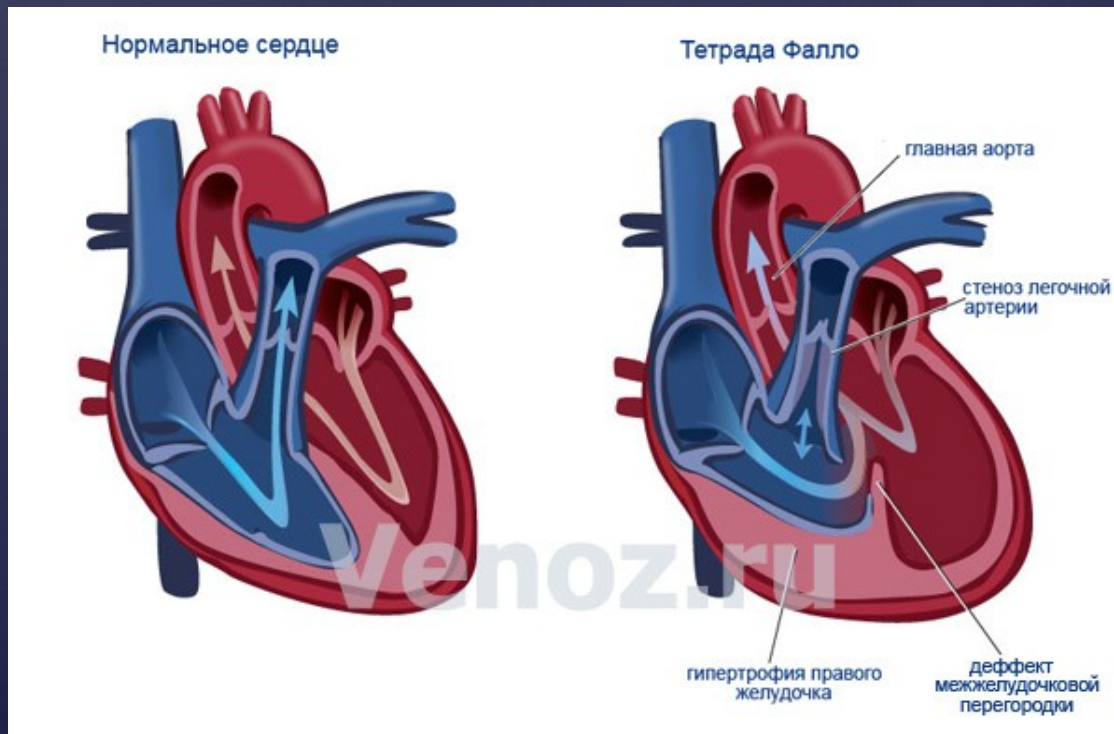
Изолированный стеноз легочной артерии

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.



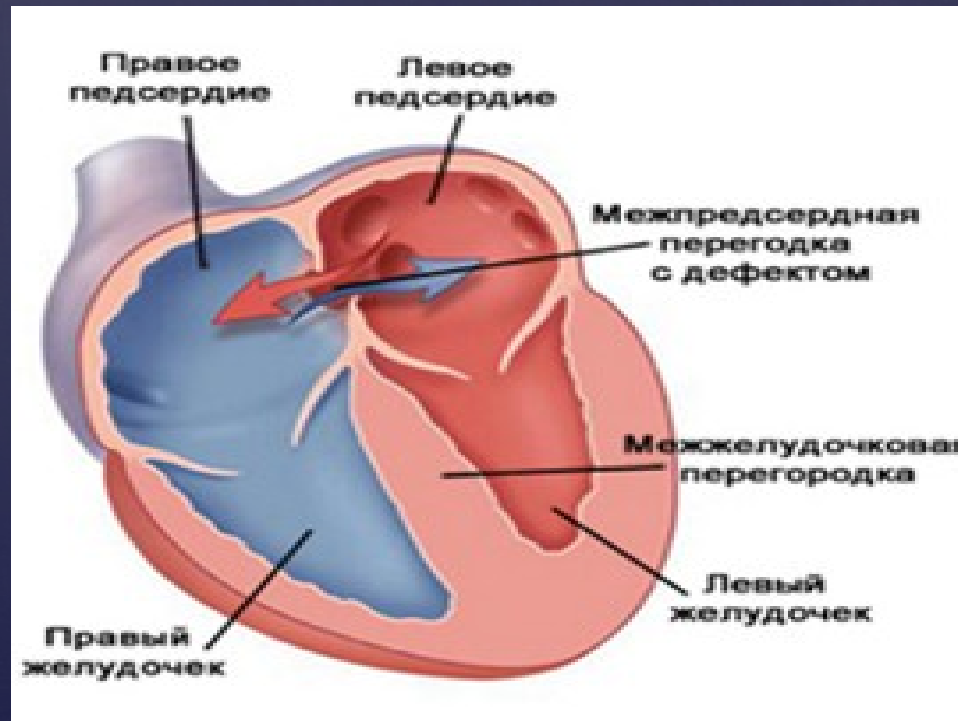
Тетрада Фалло

Включает стеноз устья легочного ствола, большой дефект межжелудочковой перегородки, декстропозицию 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 этого порока имеют больше шансов на благоприятное течение беременности и родов.



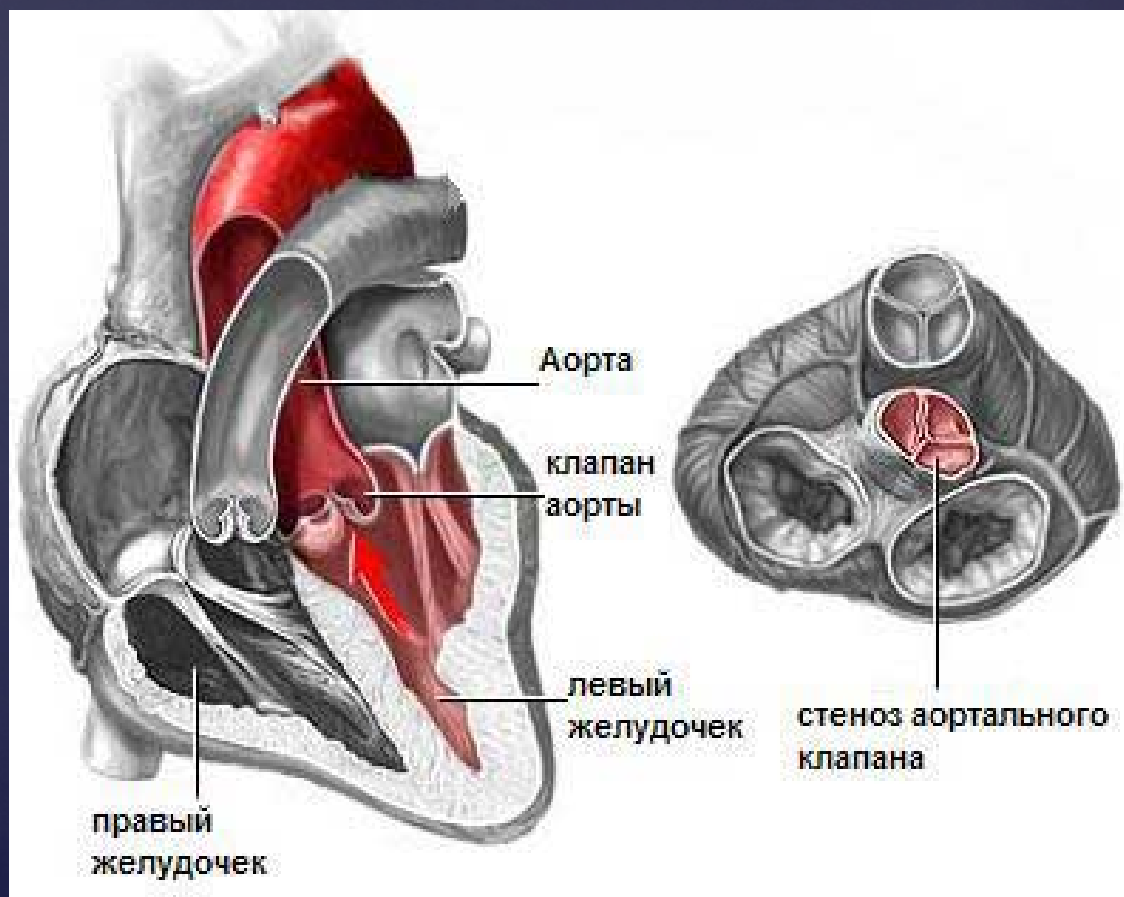
Синдром Эйзенменгера

Наблюдается при больших дефектах межжелудочковой и межпредсердной перегородок, большом диаметре открытого артериального протока, тетраде Фалло и др. Синдром Эйзенменгера часто осложняется тромбозом в системе легочной артерии, тромбозом сосудов головного мозга, недостаточностью кровообращения. Очень высок риск летального исхода как для матери, так и для плода.



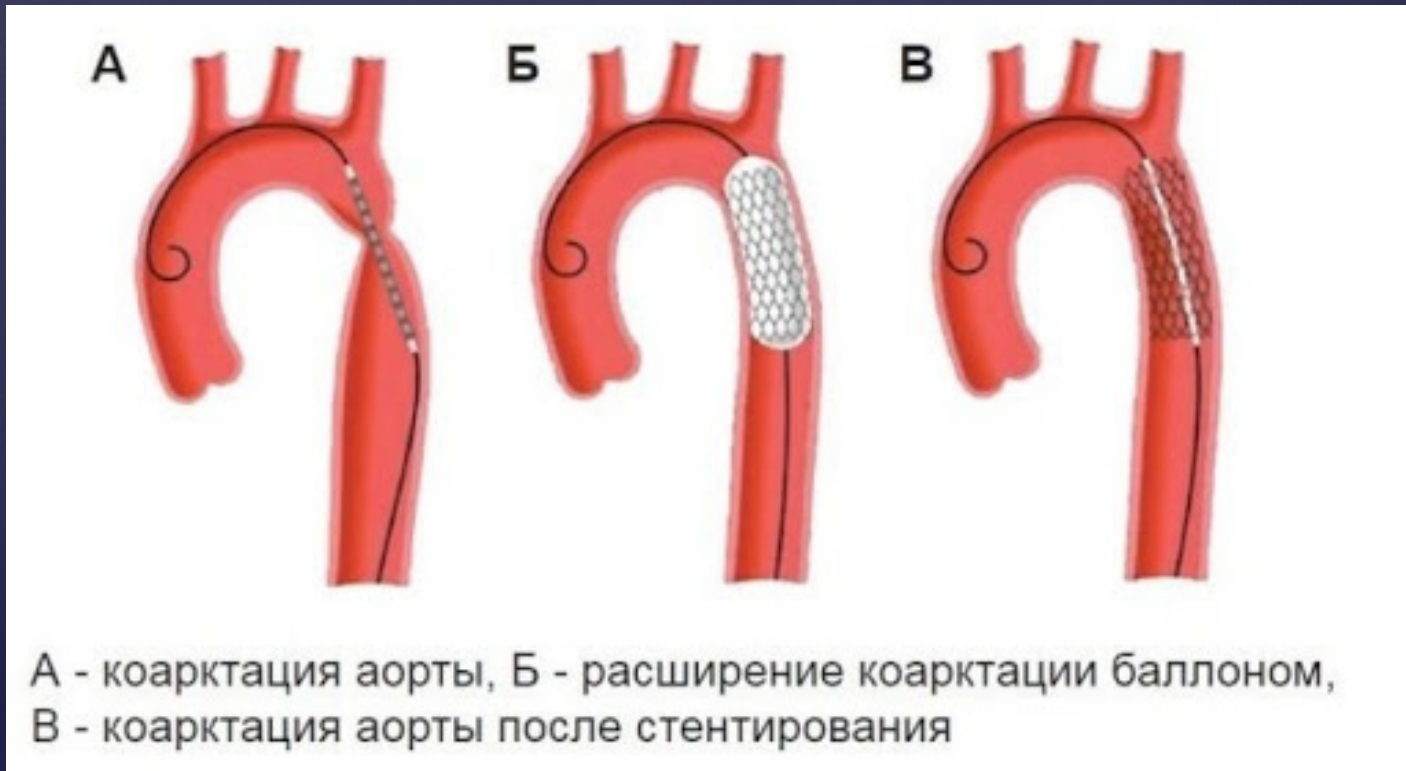
Врожденный стеноз аорты

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



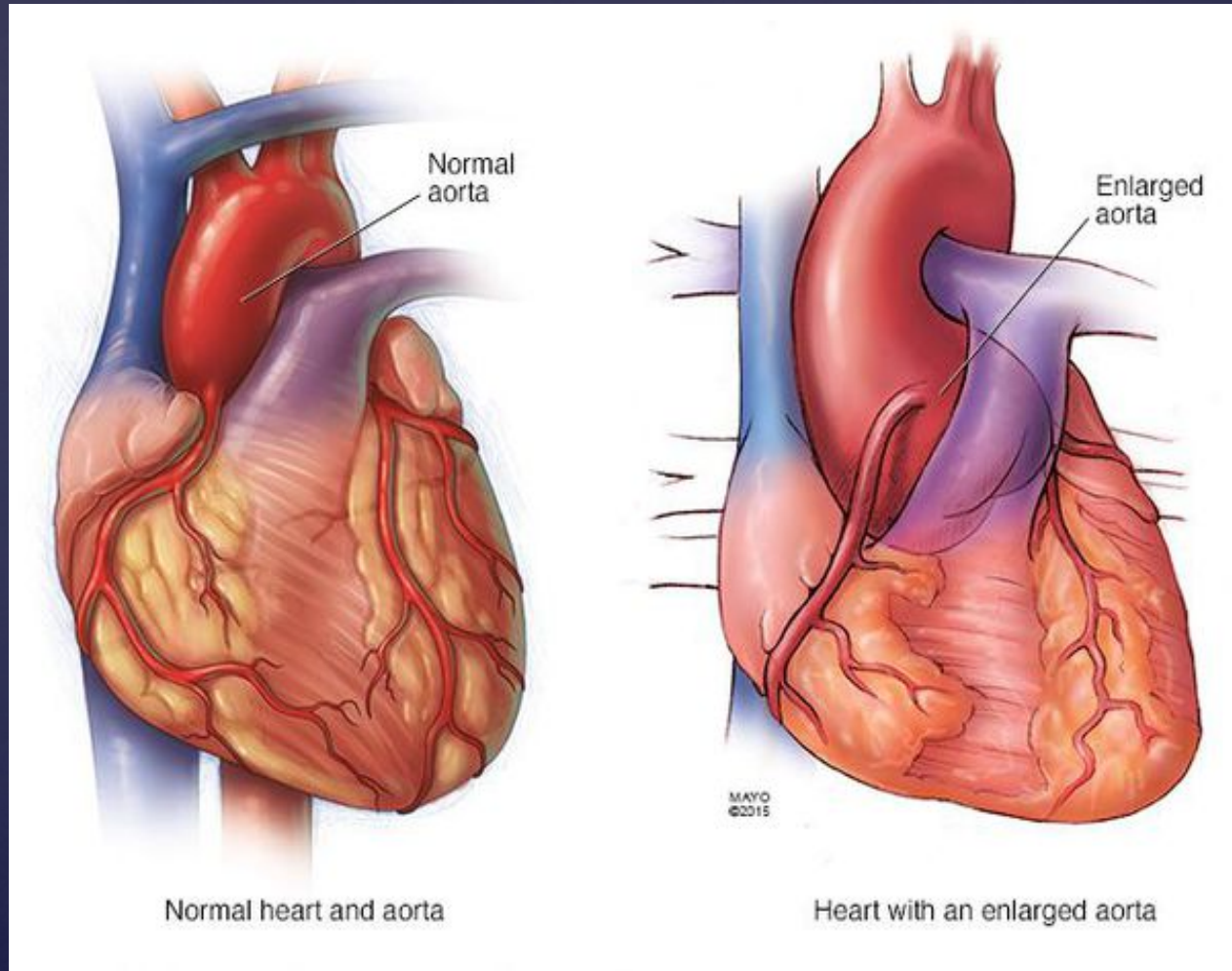
Коарктация аорты

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.



Синдром Марфана

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



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Влияние беременности на пороки сердца.

Во время беременности обострение ревматического процесса. Критические периоды обострения ревматизма соответствуют первым 14 нед. и затем 20 -32-й неделям беременности, а также в послеродовом периоде на 5-7 день.

Недостаточность кровообращения у женщин с пороками сердца может осложнять течение беременности в конце II триместра, во время родов и в первые 2 недели. послеродового периода. Эти периоды принято считать критическими. Однако возможность развития декомпенсации сердечной деятельности сохраняется в течение первого года жизни после родов. Развитие недостаточности кровообращения связано не только с характером порока сердца, но и с длительностью его существования и возрастом женщины.

Факторы, приводящие к декомпенсации сердечной деятельности

- ✂ нерациональный образ жизни женщины;
- ✂ развитие позднего гестоза;
- ✂ активация ревматического процесса;
- ✂ наличие и обострение хронических очагов инфекции;
- ✂ острые инфекционные (особенно вирусные) заболевания;
- отсутствие регулярного наблюдения во время беременности акушером и терапевтом-кардиологом;
- ✂ отсутствие достаточного обезболивания и неправильное ведение родов.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- ⌘ развитие позднего гестоза;
- ⌘ преждевременные роды;
- ⌘ внутриутробная гипоксия и задержка развития плода;
- ⌘ внутриутробное инфицирование плода;
- ⌘ прогрессирование сердечной недостаточности после родов.

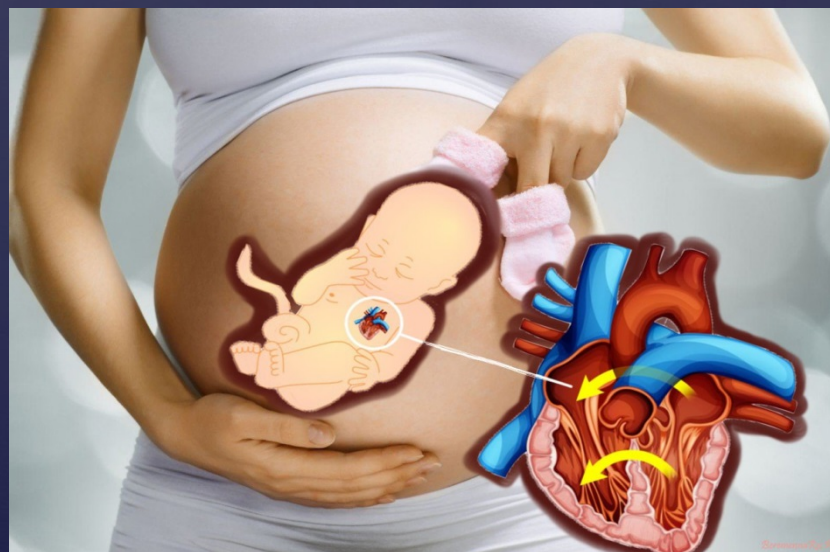


ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Больных с пороками сердца в течение беременности необходимо помещать в стационар не менее 3 раз.

1) В сроке беременности до 12 недель госпитализируются в отделение патологии беременности специализированного стационара.

Цель: обследование, составление плана наблюдения, решение вопроса о пролонгировании или прерывании беременности на основании определения степени риска неблагоприятного исхода беременности.



СТЕПЕНИ РИСКА

- ⌘ I степень - беременность при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса.
- ⌘ II степень - при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахикардия), IA степень активности ревматизма.
- ⌘ III степень - при декомпенсированном пороке сердца с преобладанием правожелудочковой недостаточности, IIА степень ревматического процесса, недавно возникшая мерцательная аритмия, II стадии легочной гипертензии.
- ⌘ IV степень - при декомпенсированном пороке с левожелудочковой и тотальной недостаточностью, III степень ревматического процесса, III стадия легочной гипертензии.

Беременность допустима при I и II степенях риска и противопоказана при III и IV степенях.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

2) В сроке беременности 28-32 недели - период наибольших гемодинамических нагрузок.

Цель: обследование и профилактическое лечение.

3) За 2 недели до родов.

Цель: составление плана родоразрешения, подготовка к родам.

Экстренная госпитализация осуществляется по показаниям в любые сроки беременности.

Диагностика

Важнейшим из методов оценки состояния сердечно-сосудистой системы при пороке сердца является УЗИ сердца — эхокардиография. Она безвредна и помогает объективно оценить состояние полостей, клапанов и отверстий сердца. Вспомогательную роль в диагностике пороков сердца играют электрокардиография (ЭКГ — графическая регистрация электрической активности сердца), фонокардиография (ФКГ — графическая регистрация звуковых явлений сердца) и доплерография (УЗИ, позволяющее оценить кровоток).



Анамнез:

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

Физикальное исследование:

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



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 учетом особенностей клапанного дефекта и нарушений внутрисердечной гемодинамики



РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

Родоразрешение через естественные родовые пути. При ведении родов через естественные родовые пути необходимо периодически использовать кардиальные средства и ингаляцию кислорода; проводить адекватное обезболивание; при необходимости осуществлять регуляцию родовой деятельности, не допуская затяжных, быстрых или стремительных родов; производить раннее вскрытие плодного пузыря; укорачивать период изгнания; проводить профилактику гипоксии плода; проводить профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. У женщин с митральным стенозом, с недостаточностью кровообращения, с эндокардитом, с явлениями декомпенсации при предыдущих родах показано выключение потуг путем наложения акушерских щипцов. В остальных случаях II период укорачивается в результате выполнения перинеотомии.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

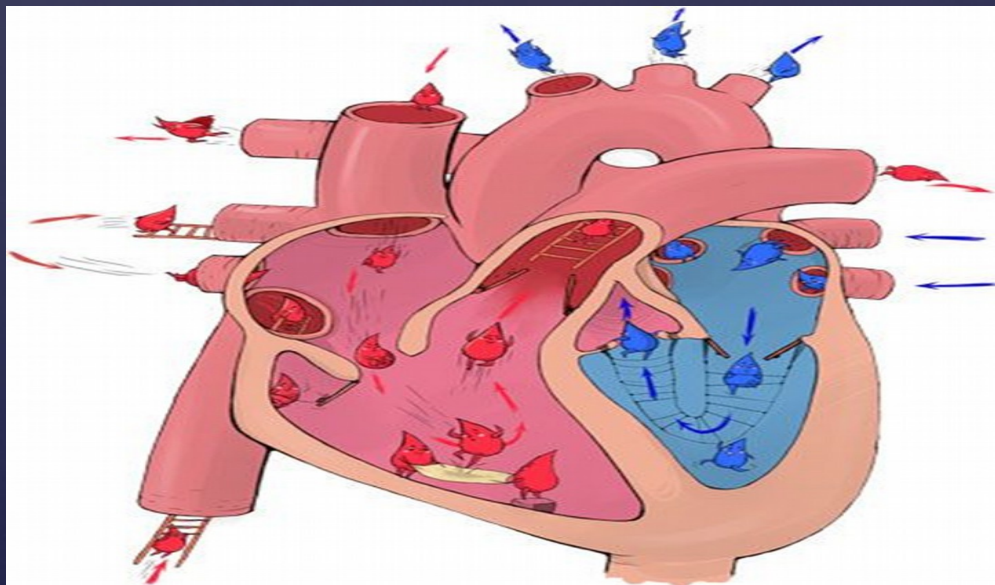
Показания:

- ⌘ акушерские: узкий таз, возраст старше 28 лет, патология плаценты, крупный плод, гипоксия плода, неправильное положение плода, тяжелая степень гестоза;
- ⌘ кардиальные: искусственные клапаны сердца, рестеноз, реканализация, травматическая недостаточность после операции, активный ревматизм, коарктация аорты.
- ⌘ Стадии нарушения кровообращения:
 - 1 стадия - начальная, скрытая
 - 2-А стадия - выраженная, длительная
 - 2-Б стадия – недостаточность и правого, и левого сердца
 - 3 стадия- конечная, дистрофическая.

Досрочное родоразрешение (до 37 недель)

Показания: отсутствие эффекта от комплексной кардиальной терапии в течение 12-14 дней, нарастание стойкой легочной гипертензии, стабилизация гемодинамических показателей после отека легких и тромбоэмболии, активность ревматического процесса, неблагополучие плода и другие акушерские показания.

План родоразрешения составляется кардиологом, акушером, реаниматологом.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

«Акушерство» Национальное руководство. Москва. «ГЭОТАР-Медиа», 2007г. Гл.39

Болезни сердца по Браунвальду. Том 2. «Логосфера», 2012

Кузьмина –Крутская С.П., Репина М.А. Болезни сердца. 2010 г.

Оганов Р.Г., Аронов Д.М., Алекян Б.Г. Болезни сердца. «ЛитТера», 2013

Радзинский В.Е. «Акушерство. Учебник для акушерских отделений. Москва. :ГЭОТАР-Медиа. 2016г. Гл. 3

Шехтман М.М. «Экстрогенитальная патология» «Триада – X». 2013г.