БЕРЕМЕННОСТЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Сердечно-сосудистые заболевания у беременных женщин зани-

мают первое место среди всей экстрагенитальной патологии.

Частота обнаружения болезней сердца у них колеблется от 0,4

до 4,7 %. В последнее время наблюдается увеличение числа бе-

ременных и рожениц, страдающих ССЗ, что обЪясняется рядом

причин: ранней диагностикой заболеваний сердца, расширением

показаний к сохранению беременности, увеличением группы жен-

щин, оперированных на сардце, и числа серьёзно больных жен-

щин, которые либо сами, либо с разрешения врачей решают сох-

ранить беременность, будучи уверенными в успехе медицинской

науки и практики.

Во время беременности сердечно-сосудистая система здоро-

вых женщин претерпевает значительные изменения. Увеличивает-

ся ( до 80 % ) минутный объём сердца, особенно на 26-28 не-

делях, с постепенным снижением к родам. На 30-50 % возраста-

ет ОЦК за счёт ОЦП, достигая максимума к 30-36 нед. На 5-6

литров увеличивается объём внеклеточной жидкости. Создаётся

дополнительная нагрузка на ССС, и, как следствие этого, у

30% здоровых беременных выслушивается систолический шум над

легочной артерией и верхушкой сердца, усиливается 2-й тон

над легочной артерией, нарушается возбудимость и проводи-

мость сердечной мышцы, возникают аритмии.

Среди заболдеваний сердца, осложняющих беременность, чаще

всего встречаются ревматизм, приобретённые и врождённые по-

роки сердца, аномалии развития магистральных сосудов, бо-

лезнги миокарда, оперированное сердце,нарушения сердечного

ритма. Развивающаяся беременность ухудшает течение ССЗ и мо-

жет привести к развитию экстремальных состояний, требующих

проведения неотложных мероприятий не только от акушера, но и

от терапевта, кардиолога, хирурга. Достаточно высока леталь-

ность беременных, рожениц, родильниц, страдающих приобретён-

ными пороками сердца, легочной гипертензией, сложными врож-

дёнными пороками, острой и хронической ССН.

Ревматизм - системное заболевание соединительной ткани с

преимущественным поражением сердечной системы, чаще встреча-

ется у женщин молодого возраста; вызывается в-гемолитическим

стрептококком группы А. В патогенезе заболевания имеют зна-

чение аллергические и иммунологические факторы. С учётом

клинических проявлений и лабораторных данных различают ак-

тивную и неактивную фазы и 3 степени активности процесса:

1-минимальная,2-средняя и 3-максимальная степень. По локали-

зации активного ревматического процесса выделяют кардит без

порока клапанов, кардит возвратный с пороком клапанов, кар-

дит без сердечных проявлений,артриты,васкулиты, нефрит и

т.д. У беременных ревматизм встречается в 2,3 - 6,3 % причём

обострение его возникает в 2,5 - 25 % случаев, чаще всего в

первые 3 и в последние 2 месяца беременности, а также в те-

чение первого года после родов.

Приобретённые ревматические пороки сердца составляют

75-90 % всех поражений сердца у беременных. Из всех форм по-

роков ревматического происхождения чаще всего наблюдаются

митральные пороки в виде сочетания недостаточности и стеноза

левого атриовентрикулярного отверстия, т.е. в виде комбини-

рованного митрального порока или митральной болезни. Однако

в клинической картине заболевания обычно преобладают призна-

ки либо митрального стеноза, либо недостаточности двухствор-

чатого клапана. Поэтому терминами "митральный стеноз" или

"митральная недостаточность" обозначаются не только чистые

формы пороков, но и те формы комбинированного поражения кла-

панов, при которых имеет место доминирование признака поро-

ка. Клинические симптомы митрального стеноза и митральной

недостаточности зависят от стадии заболевания согласно клас-

сификации А.Н.Бакулева и Е.А.Дамир 1ст.- полная компенсация,

2ст.- относительная недостаточность кровообращения. 3ст.-

начальная стадия выраженной недостаточности кровообращения.

4ст.- выраженная недостаточность кровообращения, 5ст.- дист-

рофический период недостаточности кровообращения. Общеприня-

то, что недостаточность двухстворчатогоклапана небольшой

степени или комбинированный митральный порок с преобладанием

недостаточности обычно имеет благоприятный прогноз. Аорталь-

ные пороки встречаются значительно реже, чем митральные и

преимущественно сочетаются с другими пороками. Чаще всего

обнаруживается преобладание недостаточности аортального кла-

пана и реже стеноз. Прогноз при аортальном стенозе более

благоприятный, чем при недостаточности аортального клапана.

Врожденных пороков сердца и аномалий магистральных сосу-

дов в настоящее время описано более 50 форм. Частота врож-

дённых пороков сердца у беременных колеблется от 0,5 - 10 %

отвсех заболеваний сердца. Чаще всего у беременных обнаружи-

вается дефект межпредсердной перегородки, незаращение арте-

риального протока и дефект межжелудочковой перегородки. Бла-

годаря совершенствованию диагностической техники многие по-

роки выявляются ещё до наступления беременности, что даёт

возможность решать вопросы о сохранении или прерывании бере-

менности. Женщины с дефектом межпредсердной перегородки

(9-17%), незаращением артериального протока идефектом межже-

лудочковой перегородки (15-29%) достаточно хорошо переносят

беременность и роды. При классических "синих" пороках: тет-

раде Фалло, синдроме Эйзенмейгера,коарктации аорты, стенозе

устья легочной артерии развиваются очень грозный осложнения,

что приводит к летальному исходу 40 - 70 % беременных.

Кроме этих пороков течение беременности и родов могут ос-

ложнять миокардиты, миокардиодистрофии, миокардитический

кардиосклероз,нарушение ритма сердечных сокращений. В пос-

леднее время всё чаще встречаются беременные женщины пере-

несшие операцию на сердце до беременности и даже во время

беременности. Поэтому введено понятие о так называемом опе-

рированном сердце вообще и при беременности в частности.

Следует помнить о том, что далеко не всегда коррегирующие

операции на сердце приводят к ликвидации органических изме-

нений в клапанном аппарате или устранению врождённых анома-

лий развития. Нередко после хирургического лечения наблюда-

ется рецидив основного заболевания, например в виде рестено-

за при комиссуротомии. Поэтому вопрос о возможности сохране-

ния беременности и допустимости родов должен быть решён ин-

дивидуально до беременности в зависимости от общего состоя-

ния больной.

Каждая беременная, страдающая заболеванием ССС должна

быть госпитализирована не менее 3-х раз за беременность.

Первая до 12 нед. желательно специализирован ного стационара

для тщательного кардиологического и ревматологического обс-

ледования и решения вопроса о возможности пролонгировать бе-

ременность. При обнаружении 3 и 4 ст.риска показано прерыва-

ние беременности после кардиальной и антиревматической тера-

пии. Вторая госпитализация должна проводится в период наи-

больших гемодинамических нагрузок на сердце 28-32 нед. Для

обследования и проф. лечения. Прерывание в этот период неже-

лательно. Третья обязательная госпитализация должна быть за

2 нед. до родов для обследования и подготовки к родам, выра-

ботки плана родов.

Роды в срок (спонтанно или с родовозбуждением) допустимы

в тех случаях, допустимы в тех случаях, когда при дородовой

подготовке удалось значительно улучшить гемодинамические по-

казатели при благополучном состоянии плода. В связим с ухуд-

шением состояния беременной нередко встаёт вопрос о досроч-

ном родоразрешении. Наилучший результат даёт родовозбуждение

в 37-38 нед. План родоразрешения составляется консультативно

с участием акушера,кардиолога и реаниматолога. Выбор метода

строго индивидуальный для каждой больной в зависимости от

акушерской и соматической ситуации. Показания для кесарева

сечения строго ограничены. Период изгнания всем роженицам

необходимо укорачивать. У женщин с митральным стенозом И НЕ-

ДОСТАТОЧНОСТЬЮ кровообращения любой степени, с эндокарди-

том,с явлениями декомпенсации в предыдущих родах - наложение

выходных акушерских щипцов. А у остальных производством пе-

ринеотомии.

После рождения плода и отхождения последа наблюдается

прилив крови к внутренним органам (и в первую очередь к ор-

ганам брюшной полости) и уменьшение ОЦК в сосудах головного

мозга и коронарных. С целью предупреждения ухудшения состоя-

ния необходимо сразу после рождения ребёнка вводить кардио-

тонические средства. Родильницы с заболеваниями сердца могут

быть выписаны из род.дома не ранее чем через 2 нед. после

родов в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардио-

лога по месту жительства.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ.

В процессе практической деятельности каждому акушеру-ги-

некологу приходится встречать больных миомой матки - одной

из наиболее распространённых опухолей половых органов жен-

щин. Среди гинекологических больных миома матки наблюдается

у 10-27 %. Миома матки-доброкачественная опухоль развивающа-

яся в мышечной оболочке матки - миометрии. Термин "миома

атки" является наиболее принятым потому,что даёт представ-

ление о развитии опухоли из миометрия. Миома матки состоит

из различных по своим размерам миоматозных узлов,располагаю-

щихся во всех слоях миометрия.

Этиология этого заболевания на сегодняшний день представ-

ляется как дисгормональное заболевание. В экспериментах она

развивается при длительном и непрерывном введении эстроген-

ных гормонов. "Зоны роста" приактивации их эстрогенами пре-

терпевают несколько последовательных этапов развития: 1ст.

образование активного зачатка роста 2ст. быстрый рост опухо-

ли без признаков дифференцировки. 3ст. экспансивный рост

опухоли с её дифференцировкой и созреванием. Как правило ак-

тивные зоны располагаются рядом с сосудами и характеризуются

высоким уровнем обмена.Специфические белки-рецепторы, всту-

пая в связь с гормонами образуя комплекс эстроген-рецептор.

Каждая миома матки является множественной. Располагаются

миоматозные узлы преимущественно в теле матки (95%) и гораз-

до реже в шейке (5%). По отношению к мышечной стенке тела

матки различают три формы миоматозных узлов: подбрюшинные,

междмышечные и подслизистые. Рост миоматозных узлов происхо-

дит в сторону брюшной полости или полости матки. Миоматозные

узлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могут

расти по направлению боковой стенки малого таза, располога-

ясь между листками широкой связки матки (интралигаментарно).

Наиболее быстрым ростом обладают межмышечные и подслизистые

узлы. По морфологическим признакам различают простую миому

матки, развивающуюся по типу доброкачественных мышечных ги-

перплазий, пролиферативную миому, истинную доброкачествен-

ную.

Клинимческая картина миомы матки во многом зависит от

возраста больной, давности заболевания, локализации миома-

тозных узлов, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной

патологии и других факторов.

Преморбидный фон у больных миомой матки часто отягощен

гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями.Среди

перенесенных гинекологических заболеваний преобладают воспа-

лительные заболеванияполовых органов, дисфункциональные ма-

точные кровотечения, эндометриоз. Миома матки нередко соче-

тается с кистозными изменениями яичников и гиперпластически-

ми изменениями в эндометрии.

В начальных стадиях развития опухоли, что, как правило,

совпадает с репродуктивным периодом жизниженщины, появляются

длительные и обильные менструации. В более старшем возрасте,

могут наблюдаться ациклические кровотечения, которые харак-

терны для подслизистой локализации узла, межмышечной миомы

матки с ДМК. Менорагии у больных с миомой матки могут быть

обусловлены увеличением внутренней поверхности, с которой

происходит десквамация эндометрия во время менструации. Не-

полноценностью миометрия и сосудов, расположенных в мышечном

слое, гиперплазией эндометрия и повышением его фибринолити-

ческой активности. Повышение кровопотери во время менструа-

ций, а также присоединяющиеся ациклические кровотечения при-

во дят к железодефицитной анемии.

Нередко больные с миомой матки предъявляют жалобы на бо-

ли. Боль имеет различное происхождение. Постоянные ноющие

боли в нижних отделах живота, пояснице чаще всего связаны с

растяжением брюшины при росте подбрюшинно расположенных уз-

лов, давлением миоматозных узлов на нервные сплетения малого

таза. Иногда боли бываютвызваны дистрофическими,некротичес-

кими изменениями в миоматозно изменённой матке. Схваткооб-

разные боли во время менструации характерны для подслизистой

локализации опухоли, рождении подслизистого узла. Расположе-

ние миоматозных узлов в нижней трети матки, на её передней

или задней поверхностях может сопровождаться нарушением

функции мочевого пузыря или прямой кишки. Наиболее частым

осложнением миомы матки является некроз узла, обусловленный

нарушением его питания. Другим осложнением является перекрут

ножки подбрюшинного узла.

Диагностика у большинства больных не представляет слож-

ности, т.к. при обычном гинекологическом исследовании опре-

деляется увеличенная в размерах матка с узловатой поверх-

ностью. При рождающемся или при родившемся узле осмотр с по-

мощью зеркал позволяет поставить диагноз. При более сложных

случаях диагноз миомы матки позволяет поставить зондирова-

ние, выскабливание эндометрия, УЗИ, гистерография или гисте-

роскопия.

Лечение миомы матки в настоящее время происходит в 2-х

направлениях: 1 консервативные методы. 2 оперативные методы.

При решении вопроса о методе лечения учитывается возрас

больной, преморбидный фон, сопутствующие экстрагенитальные и

гинекологические заболевания, гормональные нарушения, харак-

тер роста опухоли и её локализация.

Показания для начала консервативного лечения являются:

небольшой размер опухоли стабильные размеры, умеренная мено-

рагия. Консервативной терапии также подлежат больные с мио-

мой матки с наличием тяжёлых форм экстрагенитальных заболе-

ваний, котроым противопоказана операция. К консервативным

методам относятся гормональная терапия, витаминотерапия.

Противопоказанием к консервативному лечению являются сле-

дующие состояния: подслизистая миомав матки, межмышечная ло-

кализация узла с центрипетальным ростом и резкой деформацией

полости матки, некроз миоматозного узла, подозрение на зло-

качественное перерождение миомы матки, сочетание миомы мат-

кис опухолями половых органовдругой локализации. Показаниями

к радикальному хирургическому лечению больных с миомой матки

служат быстрый рост и большие размеры опухоли,выраженная

анемизация больной при отсутствии эффекта от гемостатической

терапии, подслизистая миома матки,миома шейки матки, некроз

узла, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки. Хи-

рургическое вмешательство, особенно у молодых женщин , по

возможности должно быть консервативным. При сопутствующей

патологии шейки матки и пожилом возрасте объём операции дол-

жен быть максимальным.