БЕРЕМЕННОСТЬ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Сердечнососудистые заболевания у беременных женщин занимают первое место среди всей экстрагенитальной патологии.Частота обнаружения болезней сердца у них колеблется от 0,4до 4,7 %. В последнее время наблюдается увеличение числа беременных и рожениц, страдающих ССЗ, что обьясняется рядомпричин: ранней диагностикой заболеваний сердца, расширениемпоказаний к сохранению беременности, увеличением группы женщин, оперированных на сeрдце, и числа серьёзно больных женщин, которые либо сами, либо с разрешения врачей решают сохранить беременность, будучи уверенными в успехе медицинскойнауки и практики.

        Во время беременности сердечнососудистая система здоровых женщин претерпевает значительные изменения. Увеличивается ( до 80 % ) минутный объём сердца, особенно на 2628 неделях, с постепенным снижением к родам. На 3050 % возрастает ОЦК за счёт ОЦП, достигая максимума к 3036 нед. На 56литров увеличивается объём внеклеточной жидкости. Создаётсядополнительная нагрузка на ССС, и, как следствие этого, у30% здоровых беременных выслушивается систолический шум надлегочной артерией и верхушкой сердца, усиливается 2й тоннад легочной артерией, нарушается возбудимость и проводимость сердечной мышцы, возникают аритмии.

        Среди заболдеваний сердца, осложняющих беременность, чащевсего встречаются ревматизм, приобретённые и врождённые пороки сердца, аномалии развития магистральных сосудов, болезнги миокарда, оперированное сердце,нарушения сердечногоритма. Развивающаяся беременность ухудшает течение ССЗ и может привести к развитию экстремальных состояний, требующихпроведения неотложных мероприятий не только от акушера, но иот терапевта, кардиолога, хирурга. Достаточно высока летальность беременных, рожениц, родильниц, страдающих приобретёнными пороками сердца, легочной гипертензией, сложными врождёнными пороками, острой и хронической ССН.

        Ревматизм системное заболевание соединительной ткани спреимущественным поражением сердечной системы, чаще встречается у женщин молодого возраста; вызывается вгемолитическимстрептококком группы А. В патогенезе заболевания имеют значение аллергические и иммунологические факторы. С учётомклинических проявлений и лабораторных данных различают активную и неактивную фазы и 3 степени активности процесса:1минимальная,2средняя и 3максимальная степень. По локализации активного ревматического процесса выделяют кардит безпорока клапанов, кардит возвратный с пороком клапанов, кардит без сердечных проявлений,артриты,васкулиты, нефрит ит.д. У беременных ревматизм встречается в 2,3 6,3 % причёмобострение его возникает в 2,5 25 % случаев, чаще всего впервые 3 и в последние 2 месяца беременности, а также в течение первого года после родов.

        Приобретённые ревматические пороки сердца составляют7590 % всех поражений сердца у беременных. Из всех форм пороков ревматического происхождения чаще всего наблюдаютсямитральные пороки в виде сочетания недостаточности и стенозалевого атриовентрикулярного отверстия, т.е. в виде комбинированного митрального порока или митральной болезни. Однаков клинической картине заболевания обычно преобладают признаки либо митрального стеноза, либо недостаточности двухстворчатого клапана. Поэтому терминами "митральный стеноз" или"митральная недостаточность" обозначаются не только чистыеформы пороков, но и те формы комбинированного поражения клапанов, при которых имеет место доминирование признака порока. Клинические симптомы митрального стеноза и митральнойнедостаточности зависят от стадии заболевания согласно классификации 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. дистрофический период недостаточности кровообращения. Общепринято, что недостаточность двухстворчатогоклапана небольшойстепени или комбинированный митральный порок с преобладаниемнедостаточности обычно имеет благоприятный прогноз. Аортальные пороки встречаются значительно реже, чем митральные ипреимущественно сочетаются с другими пороками. Чаще всегообнаруживается преобладание недостаточности аортального клапана и реже стеноз. Прогноз при аортальном стенозе болееблагоприятный, чем при недостаточности аортального клапана. Врожденных пороков сердца и аномалий магистральных сосудов в настоящее время описано более 50 форм. Частота врождённых пороков сердца у беременных колеблется от 0,5 10 %отвсех заболеваний сердца. Чаще всего у беременных обнаруживается дефект межпредсердной перегородки, незаращение артериального протока и дефект межжелудочковой перегородки. Благодаря совершенствованию диагностической техники многие пороки выявляются ещё до наступления беременности, что даётвозможность решать вопросы о сохранении или прерывании беременности. Женщины с дефектом межпредсердной перегородки(917%), незаращением артериального протока идефектом межжелудочковой перегородки (1529%) достаточно хорошо переносятбеременность и роды. При классических "синих" пороках: тетраде Фалло, синдроме Эйзенмейгера,коарктации аорты, стенозеустья легочной артерии развиваются очень грозный осложнения,что приводит к летальному исходу 40 70 % беременных.

        Кроме этих пороков течение беременности и родов могут осложнять миокардиты, миокардиодистрофии, миокардитическийкардиосклероз,нарушение ритма сердечных сокращений. В последнее время всё чаще встречаются беременные женщины перенесшие операцию на сердце до беременности и даже во времябеременности. Поэтому введено понятие о так называемом оперированном сердце вообще и при беременности в частности.Следует помнить о том, что далеко не всегда коррегирующиеоперации на сердце приводят к ликвидации органических изменений в клапанном аппарате или устранению врождённых аномалий развития. Нередко после хирургического лечения наблюдается рецидив основного заболевания, например в виде рестеноза при комиссуротомии. Поэтому вопрос о возможности сохранения беременности и допустимости родов должен быть решён индивидуально до беременности в зависимости от общего состояния больной.

        Каждая беременная, страдающая заболеванием ССС должнабыть госпитализирована не менее 3х раз за беременность.Первая до 12 нед. желательно специализирован ного стационарадля тщательного кардиологического и ревматологического обследования и решения вопроса о возможности пролонгировать беременность. При обнаружении 3 и 4 ст.риска показано прерывание беременности после кардиальной и антиревматической терапии. Вторая госпитализация должна проводится в период наибольших гемодинамических нагрузок на сердце 2832 нед. Дляобследования и проф. лечения. Прерывание в этот период нежелательно. Третья обязательная госпитализация должна быть за2 нед. до родов для обследования и подготовки к родам, выработки плана родов.

        Роды в срок (спонтанно или с родовозбуждением) допустимыв тех случаях, допустимы в тех случаях, когда при дородовойподготовке удалось значительно улучшить гемодинамические показатели при благополучном состоянии плода. В связим с ухудшением состояния беременной нередко встаёт вопрос о досрочном родоразрешении. Наилучший результат даёт родовозбуждениев 3738 нед. План родоразрешения составляется консультативнос участием акушера,кардиолога и реаниматолога. Выбор методастрого индивидуальный для каждой больной в зависимости отакушерской и соматической ситуации. Показания для кесаревасечения строго ограничены. Период изгнания всем роженицамнеобходимо укорачивать. У женщин с митральным стенозом и недостаточностью кровообращения любой степени, с эндокардитом,с явлениями декомпенсации в предыдущих родах наложениевыходных акушерских щипцов. А у остальных производством перинеотомии.

        После рождения плода и отхождения последа наблюдаетсяприлив крови к внутренним органам (и в первую очередь к органам брюшной полости) и уменьшение ОЦК в сосудах головногомозга и коронарных. С целью предупреждения ухудшения состояния необходимо сразу после рождения ребёнка вводить кардиотонические средства. Родильницы с заболеваниями сердца могутбыть выписаны из род.дома не ранее чем через 2 нед. послеродов в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ.

       В процессе практической деятельности каждому акушеру-гинекологу приходится встречать больных миомой матки однойиз наиболее распространённых опухолей половых органов женщин. Среди гинекологических больных миома матки наблюдаетсяу 1027 %. Миома маткидоброкачественная опухоль развивающаяся в мышечной оболочке матки миометрии. Термин "миомаатки" является наиболее принятым потому,что даёт представление о развитии опухоли из миометрия. Миома матки состоитиз различных по своим размерам миоматозных узлов,располагающихся во всех слоях миометрия.

        Этиология этого заболевания на сегодняшний день представляется как дисгормональное заболевание. В экспериментах онаразвивается при длительном и непрерывном введении эстрогенных гормонов. "Зоны роста" приактивации их эстрогенами претерпевают несколько последовательных этапов развития: 1ст.образование активного зачатка роста 2ст. быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки. 3ст. экспансивный ростопухоли с её дифференцировкой и созреванием. Как правило активные зоны располагаются рядом с сосудами и характеризуютсявысоким уровнем обмена.Специфические белкирецепторы, вступая в связь с гормонами образуя комплекс эстрогенрецептор. Каждая миома матки является множественной. Располагаютсямиоматозные узлы преимущественно в теле матки (95%) и гораздо реже в шейке (5%). По отношению к мышечной стенке теламатки различают три формы миоматозных узлов: подбрюшинные,междмышечные и подслизистые. Рост миоматозных узлов происходит в сторону брюшной полости или полости матки. Миоматозныеузлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могутрасти по направлению боковой стенки малого таза, распологаясь между листками широкой связки матки (интралигаментарно).Наиболее быстрым ростом обладают межмышечные и подслизистыеузлы. По морфологическим признакам различают простую миомуматки, развивающуюся по типу доброкачественных мышечных гиперплазий, пролиферативную миому, истинную доброкачественную.

        Клинимческая картина миомы матки во многом зависит отвозраста больной, давности заболевания, локализации миоматозных узлов, сопутствующей генитальной и экстрагенитальнойпатологии и других факторов.

        Преморбидный фон у больных миомой матки часто отягощенгинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями.Средиперенесенных гинекологических заболеваний преобладают воспалительные заболеванияполовых органов, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз. Миома матки нередко сочетается с кистозными изменениями яичников и гиперпластическими изменениями в эндометрии.

        В начальных стадиях развития опухоли, что, как правило,совпадает с репродуктивным периодом жизниженщины, появляютсядлительные и обильные менструации. В более старшем возрасте,могут наблюдаться ациклические кровотечения, которые характерны для подслизистой локализации узла, межмышечной миомыматки с ДМК. Менорагии у больных с миомой матки могут бытьобусловлены увеличением внутренней поверхности, с которойпроисходит десквамация эндометрия во время менструации. Неполноценностью миометрия и сосудов, расположенных в мышечномслое, гиперплазией эндометрия и повышением его фибринолитической активности. Повышение кровопотери во время менструаций, а также присоединяющиеся ациклические кровотечения приво дят к железодефицитной анемии.

        Нередко больные с миомой матки предъявляют жалобы на боли. Боль имеет различное происхождение. Постоянные ноющиеболи в нижних отделах живота, пояснице чаще всего связаны срастяжением брюшины при росте подбрюшинно расположенных узлов, давлением миоматозных узлов на нервные сплетения малоготаза. Иногда боли бываютвызваны дистрофическими,некротическими изменениями в миоматозно изменённой матке. Схваткообразные боли во время менструации характерны для подслизистойлокализации опухоли, рождении подслизистого узла. Расположение миоматозных узлов в нижней трети матки, на её переднейили задней поверхностях может сопровождаться нарушениемфункции мочевого пузыря или прямой кишки. Наиболее частымосложнением миомы матки является некроз узла, обусловленныйнарушением его питания. Другим осложнением является перекрутножки подбрюшинного узла.

        Диагностика у большинства больных не представляет сложности, т.к. при обычном гинекологическом исследовании определяется увеличенная в размерах матка с узловатой поверхностью. При рождающемся или при родившемся узле осмотр с помощью зеркал позволяет поставить диагноз. При более сложныхслучаях диагноз миомы матки позволяет поставить зондирование, выскабливание эндометрия, УЗИ, гистерография или гистероскопия.

        Лечение миомы матки в настоящее время происходит в 2хнаправлениях: 1 консервативные методы. 2 оперативные методы.При решении вопроса о методе лечения учитывается возрасбольной, преморбидный фон, сопутствующие экстрагенитальные игинекологические заболевания, гормональные нарушения, характер роста опухоли и её локализация.

        Показания для начала консервативного лечения являются:небольшой размер опухоли стабильные размеры, умеренная менорагия. Консервативной терапии также подлежат больные с миомой матки с наличием тяжёлых форм экстрагенитальных заболеваний, котроым противопоказана операция. К консервативнымметодам относятся гормональная терапия, витаминотерапия.

        Противопоказанием к консервативному лечению являются следующие состояния: подслизистая миомав матки, межмышечная локализация узла с центрипетальным ростом и резкой деформациейполости матки, некроз миоматозного узла, подозрение на злокачественное перерождение миомы матки, сочетание миомы маткис опухолями половых органовдругой локализации. Показаниямик радикальному хирургическому лечению больных с миомой маткислужат быстрый рост и большие размеры опухоли,выраженнаяанемизация больной при отсутствии эффекта от гемостатическойтерапии, подслизистая миома матки,миома шейки матки, некрозузла, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки. Хирургическое вмешательство, особенно у молодых женщин , повозможности должно быть консервативным. При сопутствующейпатологии шейки матки и пожилом возрасте объём операции должен быть максимальным.