

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/110048>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Акушерство

Введение 3

Глава 1. Особенности беременности при сердечно - сосудистой патологии 5

1.1 Особенности функционирования сердечно - сосудистой системы во время беременности 5

1.2 Артериальная гипертензия и беременность 8

1.3 Пороки сердца, аритмия и беременность 11

Глава 2. Родоразрешение при сердечно - сосудистых заболеваниях 17

2.1 Родоразрешение и искусственное прерывание беременности при сердечно - сосудистых заболеваниях 17

2.2 Профилактика при сердечно - сосудистых заболеваниях 23

Заключение 25

Библиографический список 27

Введение

Актуальность исследования. Заболевания сердечно - сосудистой системы у беременных занимают ведущее место среди всей экстрагенитальной патологии. На их долю приходится более 60% всех болезней внутренних органов во время беременности и родов (В.И. Краснопольский, И.Б. Манухин, А.Н. Стрижаков). Эти заболевания являются одной из ведущих причин материнских и перинатальных потерь, нередко вызывают серьезные осложнения со стороны матери и плода, приводят к инвалидизации женщин.

Учитывая, что беременность связана с увеличением сердечного выброса на 40%, риск для матери и плода у пациенток с предшествующими заболеваниями сердца повышен.

В идеале пациентки с патологией сердца должны еще перед зачатием проходить кардиологическое обследование и, если есть необходимость, получать лечение для улучшения функций сердца. Их следует информировать о риске, который сопутствует их сердечному заболеванию во время беременности. Некоторые пациентки могут предпочесть предохранение от беременности; другие — прерывание беременности прежде, чем появится риск для них самих и/или их плода; иные могут решить сохранять беременность под постоянным наблюдением терапевтов и акушеров.

Приблизительно 1% беременных женщин с тяжелыми заболеваниями сердца умирает в результате беременности, обычно из-за развития сердечной недостаточности. Благодаря улучшению средств диагностики и лечения женщины, страдающие заболеваниями сердца, как правило, могут благополучно родить здорового ребенка. Беременность и роды у них не приводят к необратимым изменениям функций сердца и не уменьшают продолжительность жизни.

Беременность затрудняет диагностику заболеваний сердца. Во время беременности объем крови увеличивается и появляются шумы (звуки, образуемые кровью, бурно проходящей через сердце), что может заставить врача ошибочно предполагать сердечную патологию, когда она в действительности отсутствует. Кроме того, расширяются вены, сердце сокращается быстрее и иначе выглядит при рентгенологическом исследовании.

Основные заболевания сердечно - сосудистой системы при беременности:

Приобретенные и врожденные пороки сердца;

Ревматическая болезнь;

Нарушения сердечного ритма;

Оперированное сердце;

Болезни миокарда.

Цель: теоретически доказать значение беременности и родов при сердечно - сосудистой патологии.

Задачи:

1. Обосновать особенности функционирования сердечно - сосудистой системы во время беременности.

2. Рассмотреть артериальную гипертензию и беременность.

3. Изучить родоразрешение и искусственное прерывание беременности при сердечно - сосудистых заболеваниях.

Объект исследования являются беременные женщины с сердечно - сосудистой патологией.

Предметом исследования является значение беременности и родов у женщин с сердечно - сосудистой патологией.

Глава 1. Особенности беременности при сердечно - сосудистой патологии

1.1 Особенности функционирования сердечно - сосудистой системы во время беременности

С незапамятных времен о беременной женщине говорят, что она носит своего ребенка под сердцем и что мать именно поэтому всегда сердцем чувствует своего ребенка. Действительно, на определенном этапе беременности матка выходит за пределы малого таза и на самом деле оказывается почти под сердцем. Но только ли так сердце участвует в вынашивании ребенка? Ведь известно, что во время беременности изменяется работа всех органов и систем организма будущей матери, поскольку все органы матери должны обеспечить благополучное формирование и развитие плода, и деятельность сердечно - сосудистой системы будущей матери тоже претерпевает немалые изменения [5].

Изменения в работе сердечно-сосудистой системы ожидающей ребенка женщины вполне закономерны, поскольку и сердце, и сосуды в этот период работают с повышенной нагрузкой, обеспечивая потребности не только матери, но и будущего ребенка.

Задача сердечно - сосудистой системы беременной — максимально полно обеспечить не только все возросшие потребности материнского организма, но и потребности развивающегося плода, обеспечивая его достаточным количеством кислорода и необходимым для полноценного развития количеством питательных веществ и своевременно и бесперебойно удаляя продукты обмена веществ (метаболизма) формирующегося организма [10].

В течение всего периода вынашивания ребенка нагрузки на сердечно -сосудистую систему будущей матери постепенно возрастают, что объясняется вполне объективными причинами:

1. Во время вынашивания ребенка в организме матери формируется новое сосудистое русло — маточно-плацентарное; то есть образуется еще один круг кровообращения.
2. Беременность становится причиной постепенного, но довольно быстрого увеличения объема циркулирующей в кровеносной системе матери крови.
3. Не следует забывать, что беременность неизбежно становится причиной увеличения общей массы тела (веса) вынашивающей малыша женщины.
4. Кроме того, беременность становится причиной, по которой повышается внутрибрюшное давление. Повышенная нагрузка на сердечно - сосудистую систему приводит к тому, что масса сердца беременной женщины и размеры этого органа увеличиваются. Более того, несколько изменяется и расположение сердца в грудной клетке.

Изменение размеров сердца беременной объясняется тем, что именно при вынашивании ребенка наблюдается гипертрофия миокарда, в результате чего сердце несколько расширяется. В этот же период несколько расширяется область правого предсердно-желудочкового клапана, что вполне может спровоцировать обратный заброс крови через этот клапан, хоть количество забрасываемой обратно крови и незначительное. При прослушивании сердца беременной может появиться систолический шум, то есть шум при сокращении желудочков сердца [19].

Что касается изменения места расположения сердца, то это объясняется тем, что увеличенная матка несколько смещает диафрагму, в результате чего сердце беременной сдвигается немного влево и вперед. Если женщина здорова, то даже увеличенная нагрузка на сердце не становится причиной нарушения сердечного ритма. Но если у беременной есть заболевания сердца, то повышенные нагрузки могут стать причиной сердечной недостаточности.

- Объем циркулирующей в организме беременной женщины крови возрастает уже в начале беременности (первый триместр).
- До максимальных значений объем циркулирующей крови увеличивается к сроку 36 недель.
- Сердечный выброс (выброс крови) во время беременности увеличивается до 40 % по сравнению с выбросом до наступления беременности.
- Увеличение сердечного выброса становится заметным на 8-й неделе гестации.
- Минутный объем кровотока, или минутный объем сердца, или сердечный выброс, то есть количество крови, которое выбрасывают желудочки сердца за одну минуту, постепенно увеличивается и достигает максимальных значений к 28-32 неделе. Максимальный минутный объем сердца беременной женщины может достигать 6-7 литров в минуту (до беременности этот показатель равен 4,5-5 литрам в минуту).
- Возврат крови к сердцу по венам (венозный возврат крови) тоже увеличивается.
- При нормальном развитии беременности артериальное давление у ожидающей ребенка будущей матери не повышается.

- После 9-й недели беременности и до середины беременности артериальное давление несколько снижается (примерно на 8-15 мм рт. ст.), что объясняется воздействием гормонов (эстрогены и прогестерон обладают сосудорасширяющими свойствами) и образованием еще одного круга кровообращения (маточного).
- Частота пульса (частота сердечных сокращений, или ЧСС) в период беременности постепенно увеличивается. Максимальные значения ЧСС отмечаются в третьем триместре — они превышают нормальные показатели до беременности на 15-20 ударов в минуту, то есть пульс в конце беременности может достигать до 90 ударов сердца в минуту.

1.2 Артериальная гипертензия и беременность

Изменения в организме беременной женщины в норме приводят к снижению артериального давления. Под действием плацентарных эстрогенов и прогестеронов сосуды утрачивают чувствительность к гормону ангиотензину-II. Они находятся в расширенном состоянии, их сопротивление кровотоку падает. Это необходимо для нормального роста сосудов плаценты и обеспечения питания плода.

Поэтому в первом триместре давление снижается от исходного на 5-15 мм рт. ст., еще немного падает во втором. А в третьем наблюдается возврат к физиологической норме. Но у некоторых женщин зачатие происходит на фоне высокого давления или уже во время беременности возникает гипертензия. Это состояние опасно для матери и для плода [4].

У беременных артериальная гипертензия диагностируется в 4-8% всех беременностей. Несмотря на такой небольшой процент заболевания, оно занимает второе место среди причин материнской смертности.

Поэтому болезнь нужно своевременно выявлять и лечить.

Если давление выше нормы было определено при однократном измерении, то это еще ни о чем не говорит. Для диагноза необходимо соблюсти несколько условий:

1. Повышение АД до 140/90 мм рт. ст. и выше.
2. Подъем показателей в сравнении с периодом до беременности: систолического на 25 мм рт. ст., диастолического – на 15 мм рт. ст.
3. Изменения определяются при двух последовательных измерениях, между которыми прошло не менее 4 часов.
4. Однократно увеличенное диастолическое давление выше 110 мм рт. ст.

Гипертензия беременных протекает по стадиям, аналогичным обычной АГ:

- 1 стадия – давление от 140/90 до 159/99 мм рт. ст.;
- 2 стадия – АД от 160/100 до 179/109 мм рт. ст.;

1.Адашева Т.В. Артериальная гипертензия беременных: патогенез, классификация, подходы к лечению / Т.В. Адашева, О.Ю. Демичева // Лечащий врач. 2014. - № 2. - С. 43-47.

2.Анестезиологическое обеспечение родоразрешения женщин с заболеваниями сердца: метод, рекомендации / Л.Е. Маневич, С.Г. Кохновер, В.И. Ефимочкина, И.И. Ткачева. М., 2013. - 18 с.

3.Ариас Ю.Ф. Беременность и роды высокого риска М.: Медицина, 2015. с.113.

4.Артериальная гипертензия у беременных / О.В. Макаров, Н.Н. Николаев, Е.В. Волкова // Акушерство и гинекология. 2012. - № 3. - С. 3-6.

5.Ванина И.В. Беременность и сердечно - сосудистая патология. — М.: Медицина, 2011.- 138 с.

6.Василенко В.Х. Пороки сердца / В.Х. Василенко, С.Б. Фельдман, Э.Б. Могилевский. Ташкент: Медицина, 2013. - 366 с.

7.Вихляева Е.М. Артериальная гипертензия у беременных: клинко-эпидемиологическое исследование / Е.М. Вихляева, О.М. Супряга // Акушерство и гинекология. 2016. - № 10. - С. 29-32.

8.Гипертензивные нарушения при беременности: доклад исследовательской группы ВОЗ. М.: Медицина, 2016 - 121 с.

9.Дуда И.В. Клиническое акушерство / И.В. Дуда, В.И. Дуда. Минск, 2017. - 605 с.

10.Елисеев О.М. Сердечно - сосудистые заболевания у беременных. 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Медицина, 2014. - 320 с.

11.Карпюк М.Г. Ведение беременности и родов у беременных, больных врожденным порокам сердца Тетрадой Фалло / М.Г. Карпюк // Мать и дитя: матер. IV Рос. форума. - М.: МИК, 2012. - 310 с.

12.Кочи М.Н. Клиническая патология беременности и новорожденного / М.Н. Кочи, Г.Л. Гилберт, Дж.Б. Браун. М.: Медицина, 2016. - 448 с.

13.Кошелева И.Г. Особенности беременности, родов и функции внешнего дыхания у женщин перенесших

операции на сердце / И.Г. Кошелева, В.А. Лопатин, Л.В. Бадалова // Акушерство и гинекология 2011- № 10 - С. 44-46.

14.Кулаков В.И. Экстренное родоразрешение / В.И. Кулаков, И.В. Прошина Новгород, 2016.- 236 с.

15.Линева О.И. Женщина. Акушерские и гинекологические проблемы / О.И. Линева, В.В. Павлов. Самара, 2015. - 415 с.

16.Макацария А.Д. Ведение беременности и родов у больных с пороками сердца, осложненных нарушением ритма сердца / А.Д. Макацария, Л.М. Смирнов, Н.А. Бильгинер // Акушерство и гинекология 2014.- № 2 - С. 3-4.

17.Манухин И.Б. Беременность и роды у больных митральным пороком сердца / И.Б. Манухин, М.М. Шехтман, О.Б. Невзоров: М.: Триада-Х, 2011.-144 с.

18.Манухин И.Б. Ведение беременности и родов у больных с оперированным сердцем: автореф. дис.. д-ра мед. наук. Киев, 2012. — 39 с.

19.Сартакова Н. Беременные с сердечно - сосудистой патологией и их потомство / Н. Сартакова, А. Николаева, Э. Отева // Врач. 2016. - № 2. - С. 12.

20.Сердечно - сосудистая хирургия / под ред. В.И. Бураковского. - М.: Медицина, 2013. 752 с.

21.Серов В.Н. Некоторые реологические и волемиические свойства крови у беременных с приобретенными пороками сердца / В.Н. Серов, О.Б. Невзоров // Акушерство и гинекология. -2011. -№10. С. 9-11.

22.Стрижаков А.Н. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковской. М.: Медицина, 2013.-379 с.

23.Хамадьянов У.Р. Беременность и роды при сердечно - сосудистых заболеваниях / У.Р. Хамадьянов, В.В. Плечев. Уфа, 2012. - 272 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/110048>