

основываясь на индивидуальных вариантах течения заболевания, имея главной целью максимальную адаптацию ребенка к жизни в условиях неврологической патологии.

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Н.А. Ильина, Ф.К. Тетелютина,

Д.Ф. Углова, Н.Н. Бушмелева,

Л.М. Михайлова

*Ижевская государственная
медицинская академия
Ижевск, Россия*

Пороки сердца и беременность остается одной из наиболее актуальных проблем в современном акушерстве. Благодаря успехам кардиохирургии и фармакотерапии все большее количество женщин с пороками сердца доживает до детородного возраста, что ведет к увеличению количества беременных и рожениц с пороками сердца [2, 3]. Беременность и роды у них, нередко, сопровождаются нарастанием сердечно-сосудистой недостаточности, прогрессированием патологического процесса и развитием позднего гестоза [4]. Смертность от заболеваний сердца в общей структуре летальности от экстрагенитальной патологии среди беременных, рожениц и родильниц занимает одно из первых мест и составляет 28,5% [1]. Снижение материнской смертности, перинатальной патологии и перинатальных потерь у беременных с пороками сердца имеет не только большое медицинское, но и социально-экономическое значение. Продолжающееся увеличение перинатальной заболеваемости, ведущее к снижению жизнеспособности и

адаптационных возможностей новорожденного и наличие высокой перинатальной смертности у беременных с врожденными пороками сердца, обуславливает необходимость изыскания методов профилактики и доклинической диагностики перинатальной патологии у беременных с врожденными пороками сердца (ВПС).

Целью исследования явились разработка и оценка эффективности системы поэтапного наблюдения женщин с врожденными пороками сердца в условиях республиканского специализированного клинико-диагностического центра (РКДЦ).

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 126 беременных с врожденными пороками сердца (I группа), которые наблюдались в общей сети ЛПУ и 166 беременных (II группа), которые наблюдались по системе оказания акушерской помощи, внедренной в республиканском клинико-диагностическом центре. Контрольную группу составили 50 практически здоровых беременных. Средний возраст беременных I группы был равен $26,1 \pm 1,3$ года, у женщин II группы $26,3 \pm 0,9$. Средний возраст практически здоровых беременных соответственно – $25,2 \pm 0,6$ года.

Результаты исследования. Прегравидарная подготовка осуществлялась по системе ведения беременных с ВПС на базе РКДЦ Удмуртской республики. Особенность этой системы заключается в том, что в ее рамках осуществлялось преемственное, специализированное, планомерное наблюдение беременных с ВПС. В основу подготовки положен трехэтапный принцип наблюдения: I этап – догоспитальный (детское кардиологическое отделение, подростковый кардиологический кабинет, женская консультация), II этап – госпитальный (поликлиника РКДЦ, женское кардиологиче-

ское отделение и специализированный по сердечно-сосудистой патологии республиканский родильный дом), III этап – постгоспитальный (реабилитационный).

I этап – догоспитальный. Главная задача этого этапа – раннее выявление женщин с ВПС. Этому способствовало наблюдение и ведение девочек с ВПС с рождения в поликлинике и детском кардиологическом отделении РКДЦ. Здесь осуществлялась углубленная оценка вида порока сердца, наличие сердечной недостаточности, тяжести течения и осложнений ВПС. Производилась по показаниям хирургическая коррекция ВПС и проводилась консервативная терапия. В возрасте 14 лет девочки передавались в амбулаторных условиях врачу-кардиолгу подросткового кабинета. На этом этапе проводилось консультирование по методам контрацепции, и с 18 лет осуществлялась двойная диспансеризация кардиологом и акушером-гинекологом в условиях женской консультации РКДЦ. Дальнейшее наблюдение и обследование в условиях женской консультации РКДЦ позволяло решить вопрос профилактики нежелательной беременности о возможности вынашивания беременности, дородовом наблюдении.

II этап – госпитализация проводилась в женское кардиологическое отделение для беременных и дородовое отделение родильного дома. До 12 недель госпитализация осуществлялась с целью уточнения диагноза, решения возможности пролонгирования беременности и определения плана лечебно-профилактических мероприятий. В 26-32 недели беременности – период максимальной гемодинамической нагрузки проводилась оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы бере-

менной с целью исключения нарастания сердечно-сосудистой недостаточности, оценивалось состояние внутриутробного плода, решался вопрос о дальнейшей акушерской тактике. При развитии акушерских осложнений госпитализация в дородовое отделение родильного дома проводилась по показаниям в любом сроке беременности. Дородовая госпитализация с 36-38 недель беременности осуществлялась в специализированный акушерский стационар.

III этап – постгоспитальный (реабилитационный). Послеродовая реабилитация в условиях родильного дома с последующим наблюдением в женской консультации республиканского клинико-диагностического центра, где обеспечивалось сохранение соматического и репродуктивного здоровья, послеродовая контрацепция. При наличии сердечной недостаточности ФК III и более родильница переводилась в женское кардиологическое отделение или специализированное отделение РКДЦ.

В результате использования прегравидарной подготовки женщинам с ВПС в условиях РКДЦ (II группа) стало возможным сохранение компенсированного состояния порока сердца в динамике беременности и после родов. Во втором триместре беременности возросло количество беременных с ФК III и ФК IV ($p < 0,05$). В тоже время достоверного нарастания сердечной недостаточности у беременных с пороками сердца перед родами в сравнении с предыдущим триместром беременности не наблюдалось.

После родов функциональное состояние сердца у наблюдаемых нами родильниц пришло к исходному уровню, однако у 4 родильниц с ВПС ФК III изменений со стороны сердца в лучшую сторону не наблюдалось.

Таблица 1

Характеристика сердечной недостаточности у беременных с врожденными пороками сердца

Триместры	Сердечная недостаточность (n=166)							
	ФК I		ФК II		ФК III		ФК IV	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Во II триместре	87	52,4	68	40,8	7*	4,2*	4*	2,6*
Перед родами	85	51,2	66	39,8	10*	6,0*	5	3,0
После родов	98	59,0	60	36,1	6*	3,6*	2	1,3

* – $p < 0,05$, показатель достоверности по отношению к предыдущему триместру беременности

Разработка и внедрение этапной системы наблюдения беременных с ВПС и подготовка их к родам достоверно уменьшило число осложнений беременности, таких как угроза прерывания беременности с 54 (42,9%) до 34 (20,5%), поздний гестоз с 17 (13,5%) до 11 (6,6%), снизилось количество анемий с 38 (30,2%) до 28 (16,9%).

Таблица 2

Течение беременности у больных с врожденными пороками сердца

Группы	Число беременных	Угроза прерывания беременности		Ранний гестоз		Поздний гестоз		Анемия	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I группа	126	54	42,9	31	24,6	17	13,5	38	30,2
II группа	166	34	20,5	8	4,8	11	6,6	28	16,9
Здоровые	50	2	4,0	3	6,0	4	8,0	3	6,0

Роды велись в условиях максимального обезболивания под кардиомониторным наблюдением за сердечной деятельностью матери и плода, в составе акушера-гинеколога, кардиолога, неонатолога и реаниматолога. Для родовозбуждения и родостимуляции у беременных с ВПС приоритетным является использование препаратов простагландинов. Оказалось наиболее эффективным применение простагландинов в гелях, что позволило снизить частоту осложнений в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод до 15,2%, количество травм мягких тканей (разрывы шейки матки до 6,6%, разрывы промежности I степени до 8,8% и II степени до 3,3%), абдоминальное родоразрешение до 4,7%, а так же количество побочных явлений. Абдоминальное родоразрешение проводилось при наличии сердечной недостаточности ФК III, в сочетании ВПС с акушерской патологией, требующей оперативного родоразрешения.

Таблица 3

Продолжительность родов у женщин с врожденными пороками сердца (в часах)

Нозология	Первородящие (n=105)	Повторнородящие (n=61)
	Длительность $M \pm m$	Длительность $M \pm m$
Здоровые	13,90±54 мин.	10,14±48 мин.
I группа	9,71±34 мин.*	9,00±37 мин.*
II группа	9,70±39 мин.*	8,2±19 мин.*

* – $p < 0,05$, показатель достоверности по отношению к здоровым женщинам

Длительность родов у рожениц с ВПС II группы достоверно короче, чем у практически здоровых беременных.

Успешно используется при родоразрешении женщин с ВПС длительная эпидуральная и спинальная анестезия, которые позволили предупредить нарушение ритма сердца, снизить АД в родах на 10-15% и в дальнейшем его от-носительно стабилизировать.

Использование прегравидарной подготовки у женщин с ВПС позволило улучшить качество здоровья новорожденных и повысить их адап-тационные возможности. Доказательством эф-фективности применяемой системы помощи беременным с ВПС является уменьшение про-цента недоношенных младенцев у женщин II группы.

Таблица 4

Характеристика состояния новорожденного у больных с врожденными пороками сердца при рождении и через 5 минут после рождения (оценка по Апгар)

Группы	При рождении (баллы) (M±m)	Через 5 минут. (баллы) (M±m)
Здоровые	7,6±0,06	8,4±0,1
I группа	7,1±0,11	7,7±0,12
II группа	7,5±0,07	8,7±0,06

ВПС, ведущие к нарушению соматического здоровья имеют тенденцию к росту их частоты и занимают III место среди экстрагенитальной патологии. Прегравидарная подготовка, плано-вое ведение беременных с ВПС совместно с кардиологом и ревматологом, использование системы, разработанной и отработанной в ус-ловиях РКДЦ с элементами профилактического лечения, позволяет сохранить компенсирован-ное состояние беременной с ВПС в течение всего срока гестации. Для снижения частоты осложнений гестационного периода и повыше-ния количества здоровых младенцев, беремен-ным с ВПС рекомендуется динамический скрининг в условиях оптимизированной систе-мы акушерской помощи.

Таким образом, оптимизация помощи бере-менным с врожденными пороками сердца и профилактическое лечение, как матери, так и внутриутробного плода позволили улучшить качество здоровья плода, сохранить его во вре-мя родов, повысить адаптационные возможно-

сти новорожденного, что проявилось в улуч-шении состояния новорожденного при рожде-нии.

Список литературы:

1. Шехтман М.М. Руководство по перина-тальной патологии у беременных. – М., 1999. – 816с.
2. Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беремен-ность, диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. – Ростов на Дону, 1997. – С.195-208
3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н. Руково-дство по практическому акушерству. – М.:МИА, 1997. – С.29-31
4. Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая патология. – М.:Медицина, 1991. – 222с.