

[2]. Снижение уровня гемоглобина вызывает компенсаторное усиление работы сердца, усиление сердечного выброса и коронарного кровотока, что в свою очередь повышает потребность тканей в кислороде и при выраженной анемии создаются определенные сложности [8]. Ряд исследователей отмечали изменения на ЭКГ у больных с ЖДА тяжелой степени [2,8].

По данным Л.Ю. Зюбиной (2002) у беременных с ЖДА отмечается увеличение УО и МОС, при сохранении неизменной фракции изгнания левого желудочка [3]. Другие исследователи также указывают, что при ЖДА у беременных сердце работает в гипердинамическом режиме [4,7]. Однако, наличие компенсаторных изменений микроциркуляции и снижения ОПСС у беременных с ЖДА, не позволяют рассматривать наблюдаемые изменения на эхокардиографии как безусловные симптомы возможной декомпенсации сердечной деятельности.

У женщин, страдающих анемией средней и легкие сдвиги по сравнению с практически здо-

тяжелой степени отмечаются гемодинамически ровными беременными. Отмечается достоверное повышение КДО до $125,7 \pm 2,8$ см³ против $107,6 \pm 1,5$ см³ ($p < 0,001$), КСО до $38,6 \pm 0,8$ см³ против $32,4 \pm 0,4$ см³ ($p < 0,001$). Что касается УО, то на фоне ЖДА отмечается увеличение до $70,5 \pm 1,6$ мл против $64,3 \pm 1,2$ мл ($p < 0,01$), МОС до $5,2 \pm 0,08$ л/мин против $4,5 \pm 0,07$ л/мин у практически здоровых беременных ($p < 0,001$). Регистрировалось увеличение показателей УИ и СИ.

Таким образом, ЖДА сопровождается комплексом гемодинамических сдвигов, по мере прогрессирования беременности наблюдалось увеличение УИ, ФВ и ЧСС. Снижение содержания гемоглобина в крови вызывает компенсаторное усиление работы сердца, увеличение сердечного выброса и коронарного кровотока, что в свою очередь повышает потребность миокарда в кислороде. При оценке гемодинамических показателей у беременных наряду с учетом адаптивных изменений гемодинамики в связи с беременностью необходимо учитывать и влияние ЖДА на кровообращение.

Литература

1. Алиева Д. З., Хасаев А. М. О функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы у женщин с железодефицитной анемией // Тез. доклад Всеросс. нац. конгр. кардиологов. - М., 2001. - С. 14.
2. Волков В. С., Кириленко Н. П. Состояние сердечно-сосудистой системы у больных железодефицитной анемией (по данным 8-летних наблюдений) // Гематология и трансфузиология. - 1996. - Том 41, №4. - С. 12-15.
3. Зюбина Л. Ю., Третьяков С. В., Лосева М. И., Шпагина Л. А. Клинико-функциональная характеристика сердца при железодефицитной анемии // Терапевтический архив. - 2002. - Том 74, №6. - С. 66-69.
4. Дирман А. В., Стренев Ф. В. Об изменениях сердца при железодефицитных состояниях // Клиническая медицина. - 1986. - №5. - С. 69-72.
5. Мусаев З. М., Муратов И. Р. Состояние системной материнской и плодовой гемодинамики у беременных с железодефицитной анемией // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. - 2006. - №2. - С. 23-28.
6. Стрижаков А. Н., Мусаев З. М. Становление центральной и региональной гемодинамики при физиологическом течении беременности и системные нарушения кровообращения при гестозах // Акуш. и гинекол. - 1996. - С. 72-77.
7. Katz V.L. Physiologic changes during normal pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. - 1991. - Vol.3. - N6. - P.750-758.
8. Zeidman A., Fradin Z., Blecher A., Oster H.S. Avrahami Y., Mittelman M. Anemia as a risk factor for ischemic heart disease // 1st. Med. Assos. .1. - 2004. - Vol. 6 - P. 16-18.

Абдукаримов Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, филиал в г. Наманган

Сердечно-сосудистые заболевания у беременных до настоящего времени остаются одной из ведущих причин осложнений беременности, родов, перинатальной заболеваемости и смертности. Существующая практика ведения беременности, высокая частота оперативного родоразрешения не позволили на сколько-нибудь снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин с

ревматическими пороками сердца [5,6].

По мнению О.В. Глотовой (2005) наиболее щадящим методом родоразрешения на фоне фетоплацентарной недостаточности является кесарево сечение [2]. Такой же точки зрения

придерживается и С.В. Апресян (2009) [1]. Согласно точки зрения С.Р. Мравян с соавт. (2010) роды через естественные родовые пути возможны у пациенток с I-II ФК СИ и систолическим артериальным давлением в легочной артерии ниже 40-50 мм.рт.ст. и даже у женщин с III-IV ФК СН и мониторным контролем гемодинамики с помощью катетеризации легочной артерии. Несмотря на это, авторы отмечают, что чаще всего роды осуществляли путем операции кесарева сечения [3].

В связи с выше изложенным, **целью нашего исследования** явилось изучение исходов родов и состояния новорожденных у женщин с ревматическими пороками сердца в зависимости от акушерской тактики.

Материал и методы исследования. Особенности течения послеродового периода, состояние новорожденных были изучены у женщин с недостаточностью митрального клапана (НМК) в зависимости от метода родоразрешения: у 14 после оперативного родоразрешения и у 76 женщин после родов через естественные родовые пути.

В послеродовом периоде наряду с оценкой клинических параметров: общее состояние, жалобы, признаки сердечной недостаточности, темпы инволюции матки, состояние молочных желез, проводился динамический анализ ЭКГ, показателей центральной гемодинамики, лабораторных и инструментальных методов. Исследование функционального состояния миокарда и структурно-геометрических параметров сердца осуществлялось при помощи эхокардиографии с использованием аппарата УЗИ сканер ЭХО Доплер фирмы Филипс-1500 производства Германии, кардиальный датчик мощностью 2,5-4,5 мГц по стандартной методике. Проводились расчетные методы оценки центральной и периферической гемодинамики по стандартным формулам [ударный объем сердца (УО), сердечный индекс (СИ), минутный объем сердца (МОС), ударный индекс (УИ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), фракция выброса (ФВ), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО)].

Результаты исследования и обсуждение. По мнению М.А. Репиной (2008), у пациенток с митральной регургитацией целесообразно ведение родов через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания [4]. Если во время родов вследствие сокращения матки в сосудистое русло выбрасывается в среднем 300-500 мл крови, что сопровождается резким увеличением сердечного выброса на 80%, то во время кесарева сечения большой объем крови примерно 1000,0-2000,0 мл из маточных сосудов в результате быстрого сокращения матки, за короткий отрезок времени, перемещается в сосудистое русло, вызывая резкую перегрузку правых отделов сердца [7]. Данное обстоятельство особо

значимо в условиях наличия порока сердца, что часто сопровождается развитием правожелудочковой недостаточности и отека легких.

Сравнительное изучение гемодинамических показателей у родильниц в зависимости от метода родоразрешения показало, что при родоразрешении беременных с НМК через естественные родовые пути показатели цен- тральной гемодинамики относительно стабильные. Достоверно высокие показатели УО отмечены при консервативном родоразрешении и составили $84,2 \pm 1,4$ мл против $78,6 \pm 2,2$ мл ($p < 0,05$). При абдоминальном родоразрешении показатели КДО и КСО были достоверно более высокими. КДО у женщин с НМК родоразрешенных путем операции кесарева сечения составил $152,4 \pm 4,8$ см³ против $140,2 \pm 1,8$ см³ при родах ($P < 0,05$). Показатели КСО у родильниц с НМК и родоразрешенных через естественные родовые пути составили $38,8 \pm 0,8$ см³ против $42,6 \pm 1,4$ см³ при кесаревом сечении ($P < 0,001$). Что касается показателей СИ и УИ, то они были достоверно низкими. У родильниц с НМК после оперативного родоразрешения ФВ была достоверно снижена.

В консенсус-до куме нте экспертов отмечено, что кесарево сечение, позволяя избежать стресса связанного с родами, не является щадящим методом родоразрешения, так как способствует развитию «гемодинамического удара» за счет поступления крови из сокращенной матки, и следовательно, перегрузки сердечнососудистой системы [6].

Результаты дифференцированного изучения течения послеродового периода у родильниц с НМК в зависимости от метода родоразрешения свидетельствуют о том, что более благоприятное течение отмечено при консервативном ведении родов. Частота таких осложнений, как нарушение ритма, мерцательная аритмия, обострение ревматического процесса часто регистрировались в случаях абдоминального родоразрешения.

Исходы родов через естественные родовые пути у беременных с НМК имеют ряд преимуществ для новорожденных по сравнению с оперативными родами. Так, при кесаревом сечении у беременных с НМК в 2,5 раза чаще регистрировались пневмопатия и синдром дыхательных расстройств (СДР), синдром гипер

возбудимости в 2 раза по сравнению с консервативными родами.

Таким образом, роды у беременных с НМК через естественные родовые пути с адекватным обезболиванием являются более предпочтительными. Оперативное родоразрешение не лишено неблагоприятных гемодинамических последствий, связанных с обезболиванием, риском тромбоэмболических осложнений, нагрузки на сердечно-сосудистую систему, которую испытывает организм во время операции,

вследствие резкого перераспределения крови весьма значительны. Гемодинамические изменения, наблюдаемые после кесарева сечения у женщин с РПС, могут проявляться снижением УО на 6,7%, снижением МОС на 10,4%, повышением ОПСС на 2% по сравнению с беременными, родоразрешенными через естественные родовые пути. Течение послеродового и неонатального периода также более благоприятно при консервативном ведении родов у женщин с РПС.

Литература

1. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях // Под ред. проф. В. Е. Радзинского. -2009.-457 с.
2. Глотова О. В. Оптимизация акушерской тактики у больных с митральным пороком сердца // Дисс ... канд. мед. наук., 2005. - 110 с.
3. Мравян С. Р., Петрухин В. А. Оценка временных параметров variability сердечного ритма у беременных с пороками сердца // Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. -№3. - С. 9-12.
4. Репина М. А., Кузьмина-Крутецкая С. Р. Приобретенные пороки сердца и беременность (в помощь практическому врачу) // Журнал акушерства и женских болезней. - 2008. - Том LVII, №1. - С. 100-108.
5. Drenthen W. Outcome of Pregnancy in Women with Congenital Heart Disease A Literature Review/ W. Drenthen, P.G. Pieper. J. Roos-Hesselink et al.// Journal of the American College of Cardiology. - 2007. - Vol. 19. - P. 2303- 2311.
6. Oakley C., Child A., lung B. Expert consensus document of management of cardiovascular disease during pregnancy/ Europe Heart J. - 2003. - Vol. 24. - P.761-781.
- Practice guidelines of the Spanish Society of Cardiology for the management of cardiac disease in pregnancy./ Gonzales
7. Maqueda I., Armada Romero E., Diaz Recasens J., Garcia De Vinuesa P.G., Garcia Moll M., Gonzales Garcia A., Fernandez Burgos C., Iniguez Romo A., Rayo Lerena I.// Rev Esp Cardiol. - 2000. - Vol. 53(11). - P. 1474-1495.