

*Асатова М.М.,
Абдукарилов Т.А.*

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ**

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

Выбор оптимальной тактики ведения родов и послеродового периода у беременных с пороками сердца является одним из наиболее эффективных путей снижения материнской и перинатальной смертности [2,3]. Прогнозирование и профилактика послеродовых осложнений у рожениц с пороками сердца остаются малоизученными. По мнению Х. Сильвер (1999) кесарево сечение не предотвращает гемодинамические нарушения и осложнения, в связи с этим его следует выполнять только при наложении акушерских осложнений. В отношении метода родоразрешения большинством исследователей признается следующая тактика: у пациенток с митральным стенозом (МС) и I-II функциональным классом (New York Heart Association) NYHA целесообразно проводить роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания (выходные щипцы, вакуум-экстракция, перинеотомия). В случаях III-IV классов показана плановая операция кесарева сечения в сроки 36-37 недель [2,6].

Другие авторы приводят аргументы в пользу оперативного родоразрешения с целью профилактики перинатальных осложнений [1]. Есть несколько дополнительных доводов в пользу оперативного родоразрешения при МС. Во-первых этот порок связан с очень неблагоприятными исходами для плода (задержка развития, недоношенность, хроническая и острая гипоксия, травматизм, возможный при естественном родоразрешении с укорочением периода изгнания и другие). Во-вторых, у тяжелобольных женщин текущая беременность может быть единственным шансом на получение не только жизнеспособного, но и относительно здорового ребенка. Эти моменты необходимо принимать в расчет при выборе метода родоразрешения (4).

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования явилось изучение исходов родов и состояния новорожденных у женщин с митральным стенозом в зависимости от акушерской тактики.

Материал и методы. Особенности течения послеродового периода, состояние новорожденных были изучены у 130 женщин с митральным стенозом (МС), в период беременности в экстренном порядке была проведена комиссуротомия 13 беременным и из дальнейшего исследования они были исключены. Из 117 рожениц с МС 17-ти было произведено оперативное родоразрешение, у 100 рожениц роды проведены 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 и обсуждение. 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 [6]. Данное обстоятельство особо значимо в условиях наличия порока сердца, что часто сопровождается развитием правожелудочковой недостаточности и отека легких.

Сравнительное изучение гемодинамических показателей у рожениц в зависимости от метода родоразрешения показало, что при родоразрешении беременных с МС через естественные родовые пути показатели центральной гемодинамики относительно стабильные.

Достоверно высокие показатели УО отмечены при консервативном родоразрешении и составили $82,4 \pm 1,8$ мл против $74,4 \pm 1,6$ мл соответственно ($P < 0,01$). При абдоминальном родоразрешении показатели КДО и КСО были достоверно более высокими. Так, КДО у женщин составил $154,4 \pm 1,8$ см' против $146,4 \pm 1,6$ см' ($P < 0,01$). КСО у рожениц после естественных родов составил $44,6 \pm 1,2$ см³ против $48,4 \pm 1,4$ см' при кесаревом сечении ($P < 0,05$). Что касается показателей СИ и УИ, то они были достоверно низкими. У рожениц после оперативного родоразрешения ФВ была достоверно снижена.

В консенсус-документе экспертов отмечено, что кесарево сечение позволяя избежать стресса связанного с родами, не является щадящим методом при стенотических пороках сердца, так как способствует развитию «гемодинамического удара» за счет поступления крови из сокращенной матки, и следовательно, перегрузки сердечно-сосудистой системы (5).

Результаты дифференцированного изучения течения послеродового периода у рожениц с МС 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 у пациенток с МС.

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

Таким образом, роды у беременных с МС 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 РГ1С, могут проявляться снижением УО на 9,7%, снижением МОС на 12,2%, повышением ОПСС на 2,5% по сравнению с беременными, родоразрешенными через естественные родовые пути. Течение послеродового и неонатального периода также более благоприятно при консервативном ведении родов у женщин с РИС.

Литература

1. Репина М. А., Кузьмина-Крутекая С. Р. Приобретенные пороки сердца и беременность (в помощь практическому врачу) /7 Журнал акушерства и женских болезней. - 2008. - Том L VII, №1. - С. 100-108.
2. Clark S.L. Labor and delivery in the presence of mitral stenosis: Central hemodynamic observations. Am. J. Obst. and gynecol. 1995. - Vol. 152 (8). - P. 984-989.
3. 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.
4. Neonatal outcome in patients with rheumatic disease/ Motta M, Tincani A., Lojcono A., faden D., Gorla R., Airo P., Neri F., Gasparoni A., Ciardelli L., de Silvestri A., Marconi M., Chirico G.// Lupus. - 2004. - Vol. 13(9).-P. 718-723.
5. 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.
6. O Hara G., Greenspoon J. Labour and delivery in the presence of mitral stenosis: central haemodynamic observations. Am J Obstet Gynecol. - 1995. - Vol.89. - P. 984 -998.
7. Practice guidelines of the Spanish Society of Cardiology for the management of cardiac disease in pregnancy./ Gonzales 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.
8. Silversides C.K., Colman J.M., Sermer M., Siu S.C. Cardiac risk in pregnant women with rheumatic mitral stenosis//Anesthesiology. - 2003. - Vol. 91 - P. 1382-1385.