

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

У.О. ЮЛДАШЕВА, М.З. КАРОБОЕВА, Н.И. ЗАКИРОВА, С.Э. СОБИРОВА, В.Э. КУРБАНИЯЗОВА
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЮРАК НУҚСОНЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН ҲОМИЛАДОРЛАРДА ҲОМИЛА ВА ЧАҚАЛОҚЛАР ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

У.О. ЮЛДАШЕВА, М.З. КАРОБОЕВА, Н.И. ЗАКИРОВА, С.Э. СОБИРОВА, В.Э. КУРБАНИЯЗОВА
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

EVALUATION CONDITION OF THE FETUS AND NEWBORN IN PREGNANT WOMEN WITH CONGENITAL HEART DEFECTS

U.O. YULDASHEVA, M.Z. KAROBOYEVA, N.I. ZAKIROVA, S.E.SOBIROVA,
V.E. KURBANIAZOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Забота о здоровье будущего поколения является одной из самых важных для нашей республики. Нет сомнения, что на уровень перинатальной смертности значительное влияние оказывает состояние здоровья матери. Реальное снижение перинатальной смертности в последние десятилетия во всем мире связано с увеличением частоты абдоминального родоразрешения [3, 10, 31]. Рост оперативного родоразрешения во многом сопряжен с увеличением числа беременных с экстрагенитальной патологией, в том числе с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, доля которых у беременных за последние десятилетия возросла от 0,5% до 10% [8,9]. По данным М.М. Низаметдиновой и соавт [6, 13, 22, 30] кесарево сечение применялось у 16%, а акушерские щипцы – у 14% женщин с ВПС. По данным Г.К. Серманизовой [11, 20, 28] установлено, что у 40,5% беременных женщин в возрасте 17-48 лет в специализированной клинике диагностирован порок сердца. Из них у 75% диагностирован ВПС, и лишь у 25% - приобретенные пороки сердца. Несмотря на улучшение диагностики и терапии сердечно-сосудистых заболеваний, расширение показаний к вынашиванию беременности, проблема снижения не только материнской, но и перинатальной смертности при данном виде патологии не теряет своей актуальности.

Увеличение числа женщин с ВПС прямо пропорционально росту рождаемости детей с пороками сердца [16, 19, 26]. Это дает основание полагать, что количество беременных и рожениц с этой патологией будет иметь тенденцию к дальнейшему увеличению. Вместе с этим, благодаря успехам профилактической медицины, отмечается тенденция к снижению приобретенных пороков сердца (ППС) у женщин репродуктивного возраста, а так же и увеличение опери-

рованных пациенток с ППС детородного возраста.

В настоящее время накопилось достаточно данных о неблагоприятном воздействии на плод различных факторов, сопровождающих сердечно-сосудистую патологию у матери. Вынашивание беременности у этих женщин связано с высоким риском потери плода, мертворождения, задержки роста плода и преждевременных родов [18,23,30]. На состояние и развитие плода могут оказывать влияние как основной патологический процесс, применение медикаментозных препаратов, а так же присоединение акушерской патологии (преэклампсия, невынашивание беременности и др.) [2,7,18, 27, 29]. Плацентарная недостаточность, являясь универсальной реакцией плода и плаценты на различные по природе изменения «материнской среды», развивается в результате воздействия неблагоприятных факторов, обусловленных патологией сердца. Главным связующим звеном между матерью и плодом является система гемодинамики. Изменения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока и сопряженные с ними сдвиги в системе гемокоагуляции и транспорта кислорода в условиях нормального и осложненного течения беременности определяют условия развития плода у женщин с врожденными пороками сердца, даже с оперированными [5, 11,20,32]. Гипоксия плода в родах у больных с ВПС наблюдается в 6 раз больше [1, 18, 26, 30,32], почти 25% новорожденных рождаются в состоянии асфиксии, а у 8,3% наблюдается задержка внутриутробного развития.

У данного контингента женщин в 9,5% случаев рождаются дети с признаками недоношенности и функциональной незрелости, в 11,3% - с повреждением ЦНС. Характерными особенностями таких детей являются гипотрофия и замедленное развитие в периоде новорож-

денности, гипотрофия наблюдается в 22,5% - 29,9% случаев [3,8, 10,15, 30]. Дети с задержкой внутриутробного развития в большей степени подвержены тяжелым и длительным инфекционным заболеваниям, а так же сочетанной патологии, как в периоде новорожденности, так и в последующие годы их жизни [4,19,22].

У 7-8% женщин с болезнями сердца происходят преждевременные роды; недоношенность - одна из основных причин перинатальной смертности у детей, рожденных от матерей, страдающих пороками сердца [5,13, 23].

Важно отметить, что при рождении у детей, матери которых страдают ВПС, гораздо чаще (6-7%) выявляются врожденные аномалии развития (косоплоскость, полидактилия и др.) и пороки сердца. Большинство ВПС имеет четко выраженный тип генетического наследования [12,17,29]. Частота ВПС среди новорожденных от женщин с септальными пороками сердца составляет 2,3% [6, 31].

В США был проведен анализ перинатальных исходов у женщин с ВПС (Khairy P., David W. et al., 2006). У рожденных живыми в 7,1% случаев диагностированы врожденные аномалии сердца: Тетрада Фалло, дефект межжелудочковой перегородки, кардиомиопатия и открытый артериальный проток. Все случаи были диагностированы ультразвуковым исследованием до рождения. Кроме сердечных аномалий, были установлены и другие пороки развития: единственная пупочная артерия, аномальная левая подключичная артерия и дисгинезия гонад.

Состояние беременной женщины с ВПС с помощью лечения иногда удается сохранить вполне удовлетворительным, но у плода могут быть отклонения в его развитии [гидроцефалия, пороки сердца и др.], что важно верифицировать как можно раньше, чтобы прервать беременность [14,21,36].

Врожденная патология сердечно-сосудистой системы остается одной из ведущих причин ранней инвалидизации и смерти в детском возрасте [2, 5, 15,27,35].

Таким образом, в связи с увеличением частоты ВПС и проведения хирургической коррекции в детстве, все большее количество женщин доживают до репродуктивного возраста.

В современной литературе работ отечественных авторов, касающихся тактики ведения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с ВПС, недостаточно. Сложившаяся ситуация диктует необходимость более углубленного изучения данной проблемы, разработки тактики ведения беременности и родов, а так же улучшение перинатальных исходов у женщин с

ВПС, чему будут посвящены наши дальнейшие исследования.

Литература:

1. Бухонкина Ю.М., Стрюк Р.И. Особенности течения гестации и родов у женщин с коррированными и некоррированными врожденными пороками сердца // Человек и лекарством Сб материалов 17-го Росс. Нац.конгресса. – М.:2010, с.60
2. Егорян Д.С. Оптимизация подходов к ведению беременных с врожденными пороками сердца: автореф.дисс.....канд.мед.наук, Ростов-на-Дону, 2006
3. Краснопольский В.И., Мравян С.Р., Петрухин Е.А., Коваленко Т.С. Беременность при пороках сердца: взгляд на проблему// Кардиология, 2011, №10, с.92-96
4. Мравян С.Р., Петрухин Е.А. Оценка временных параметров variability сердечного ритма у беременных с пороками сердца //Российский вестник акушера-гинеколога, 2007,№3, с. 9-12
5. Мравян С.Р., Петрухин Е.А., Зарудский А.А., Пронина В.П. Пороки сердца и беременность// Клиническая медицина, 2008, №10, с. 4-6
6. Натарева Е.В. Состояние сердечно-сосудистой системы и уровень натрийуретического пептида в комплексной оценке сердечной недостаточности у беременных с врожденными пороками сердца: Дисс....канд.мед.наук. М., 2009
7. Незаметдинова М.М., Ашурова С.А., Якубова О.А. Оценка состояния плода у беременных с врожденными пороками сердца// Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, 2007, №1, с.21-22
8. Окли С., Уоренс К.А. Заболевания сердца у беременных. Пер. с англ. Поздняков Ю.М., Мурашко Л.Е., ред. БИНОМ; 2010, 308 с.
9. Рутковская Н.В., Артымук Н.В., Стасев А.Н., Одаренко Ю.Н., Савостьянова Ю.Ю. и др. Использование биопротеза клапана сердца у пациентки репродуктивного возраста с приобретенным пороком сердца, особенности родоразрешения // Акушерство и гинекология, 2013, №6, с. 65-69
- 10.Салов И.А., Маршалов Д.В. Инфузионная терапия у беременных, рожениц и родильниц с пороками сердца // Акушерство и гинекология, 2009, №2, с. 61-63
- 11.Семенихин А.А., Назырова Л.А., Баратова Л.З., Юсупбаев Р.Б. Оптимизация анестезиологического обеспечения абдоминального родоразрешения беременных с недостаточностью кровообращения // Вестник анестезиологии и реаниматолог., 2010, т.7, №4, с. 8-14

12. Стрижак Н.В., Егорова А.Т. Беременность, роды и перинатальные исходы на фоне врожденных пороков сердца // Сибирское медицинское обозрение, 2008, №5, с.8-12
13. Стрюк Р. Беременность у женщин с протезами клапанов сердца // Медицинская газета. Конспект врача, выпуск 19 (1407), 2009, №25-8.4
14. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Мухмелдова Ш.С., Умарова Г.М. Структура сердечно-сосудистых заболеваний и методы родоразрешения // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья, 2012, №4, с.36-37
15. Юсупбаев Р.Б., Даулетова М.Ж., Мухмелдова Ш.С., Нейматова З.Г. Современные подходы к ведению беременности и родов у женщин с недостаточностью кровообращения // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья, 2012, №4, с.37-38
16. Юсупбаев Р.Б. Кровосберегающие технологии при родоразрешении беременных с сердечно-сосудистой патологией // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья, 2012, №4, с.69-70
17. Юсупбаев Р.Б., Умеров А. К вопросу о родоразрешении беременных с заболеваниями сердца // Журнал теоретической и клинической медицины, 2012, №3, с. 100-103
18. Abdel-Hady E.S., El-Shamy M., El-Rifat A.A. Maternal and perinatal outcome of pregnancy with heart disease. *Int.J.Gynecol. Obstet.*, 2005, 90:21-35
19. Connolly H.M. Pregnancy in women with congenital heart disease // *Curr. Cardiol. Rep.*, 2005, vol. 7, №4, p. 305-309
20. Gelson E., Johnson M., Garzoli M. Cardiac disease in pregnancy. Part 2: acquired heart disease. *Obstet.Gynecol.*, 2007; 9: 83-87
21. Heart disease and pregnancy/ Ed. By C.Oakly, C.A.Warw. Balckwell Publ. Inc., 2nd ed. 2007; 253
22. Nelson-Piercy C., Chakravarti S. Cardiac disease and pregnancy. *Anaesth.Intensive Care Med.* 2007; 8[8]:312-316
23. Kafka H., Johnson M.R., Gatzoulis M.A. The team approach to pregnancy and Congenital heart disease // *Cardiol. Clin.*, 2006, Vol. 24, №4, p. 587-605
24. Kallen B., Otterblad-Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant Congenital heart defect // *Reprod. Toxicol.*, 2006, Vol. 21, Toxicol., 2006, Vol. 21, №3, p.221-222
25. Keser N., Echocardiography in pregnant women // *Anadolu- Kardiol. Derg.*, 2006, Vol.6, №2, p. 30-35
26. Khairy P., David W., Ouyang M.D. et al. Pregnancy outcomes in women with Congenital heart disease // *Circulation*, 2006, Vol. 113, p. 517-524
27. Meijer J.M., Pieper P.G., Drenthen W. et al. Pregnancy, fertility and recurrence risk in corrected tetralogy of Fallot // *Heart*, 2005, Vol. 91, №6, p. 801-805
28. Pieper P.G., Balci A., VanDijk A.P. Pregnancy in women with prosthetic heart valves. *Neth. Heart J.* 2008; 16(12): 406-11
29. Vriend J.W., Drenthen W., Pieper P.G. et al. Outcome of Pregnancy in patient after repair of aortic coarctation // *Eur. Heart J.*, 2005, Vol.91, №1, p.2173-2178
30. Sillesen M., Hjortdal V., Vejstrup N., Sorensen K. Pregnancy with prosthetic heart valves – 30 years' nationwide experience in Denmark. *Eur.J.Cardiothorac.Surg.* 2011, 40[2]: 33-37
31. Uebing A., Steer P.J., Yentis S.V. et al. Pregnancy and Congenital heart disease // *BMJ*, 2006, Vol.18, №332, p.401-406
32. Walker F. Pregnancy and the various forms of the Fontan circulation. *Heart*, 2007;93: 152- 154