

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С БОЛЕЗНЯМИ СЕРДЦА

А. Б. Гиллерсон и Б. Л. Басин

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. А. Б. Гиллерсон) Омского медицинского института им. М. И. Калинина

По разработанным нами данным, за 15 лет (1950—1964 гг.) на трех клинических базах кафедры среди 101 400 беременных выявлена всего 1241 с болезнями сердца, что составляет 1,22%.

За последнее пятилетие число беременных и рожениц, госпитализированных с экстрагенитальными заболеваниями, увеличилось более чем в 2 раза по сравнению с первым. Процент больных с заболеваниями сердца возрос за это время с 0,79 до 1,7. Удельный вес больных с болезнями сердца по отношению к больным с экстрагенитальными заболеваниями повысился с 42,0% в первом пятилетии до 44,3% в третьем.

В 1965 г. среди 10 485 рожениц было 898 с экстрагенитальными заболеваниями (8,5%), из которых 265 страдали болезнями сердца и сосудов.

Из 1241 больной с заболеванием сердца умерло 9 (0,0089% ко всем родам, 0,72% к больным с болезнями сердца и 0,31% к числу больных экстрагенитальными заболеваниями). В структуре же общей материнской летальности болезни сердца составили 18% (9 из общего числа 50 умерших на 101 400 рожениц).

Значительно изменилась и врачебная тактика акушеров-гинекологов в отношении беременных, рожениц и родильниц с болезнями сердца, резко снизилось число оперативных родоразрешений.

Все это свидетельствует о необходимости пересмотра и уточнения ряда вопросов, связанных с дальнейшим повышением качества обслуживания женщин, у которых беременность, роды и послеродовой период осложнены заболеваниями сердца. Основную массу больных (на нашем материале — 98,4%) составляют женщины, страдающие приобретенными клапанными пороками сердца ревматического происхождения; с врожденными пороками сердца было лишь 1,6%.

Для того, чтобы правильно организовать лечебно-профилактическую помощь беременным женщинам с болезнями сердца, необходимо прежде всего упрочить связь между участковым акушером-гинекологом и участковым терапевтом, изжить позднюю явку в консультацию (2,5%), несистематическое наблюдение за беременными (49,3%) и несвоевременную госпитализацию выявленных больных в родовое отделение акушерского стационара. Значительное число беременных с болезнями сердца (70,5%) поступает непосредственно на роды, притом нередко в состоянии тяжелой декомпенсации, вплоть до острой сердечной недостаточности. Отдельные больные (1,9%) вовсе не охвачены наблюдением консультации. В самих консультациях отсутствуют условия для полноценной функциональной диагностики, нет современной аппаратуры, необходимой для этих целей, врачи-терапевты консультации не всегда имеют необходимый опыт в правильной оценке болезней сердца у беременных.

Отсюда следует, что при осуществлении участкового принципа обслуживания женского населения района необходимо привести в соответствие число врачебных участков консультации с числом терапевтических участков и установить между ними тесную взаимосвязь. Особенно важна взаимная информация терапевта и акушера-гинеколога при наличии беременности у женщины с болезнью сердца и сосудов, как и при ряде других экстрагенитальных заболеваний (болезни почек, печени и др.). Это в значительной степени повысит качество лечебно-профилактического обслуживания беременных с экстрагенитальными болезнями, и в первую очередь с болезнями сердца.

Своевременное выявление заболеваний сердца у беременных, установление характера поражения, его этиологии, степени компенсации требуют от врача-терапевта женской консультации использования современных методов функционального и лабораторного исследования. Без этого правильная оценка функциональных возможностей сердца на протяжении беременности, а в дальнейшем в родах и в послеродовом периоде становится невозможной. Возникает необходимость оснащения женских консультаций основными видами аппаратуры для функциональной диагностики и развертывания при женских консультациях как клинических, так и биохимических лабораторий. В настоящее время большинство беременных (68% на нашем материале), взятых под наблюдение женской консультацией, не подвергается такому обследованию и при поступлении в родильный стационар не имеет ни данных электрокардиографии, ни результатов функциональных методов исследования.

Решение вопроса о допустимости беременности, о возможности ее сохранения при отдельных видах заболеваний сердца, о необходимых для этого условиях требует усиления профилактической работы женской консультации среди женщин детородного возраста.

Следует признать обязательной госпитализацию беременных с болезнями сердца (независимо от характера их и степени компенсации) в родовое отделение не поз-

же чем за 2—4 недели до срока предполагаемых родов. Появление признаков нарушения кровообращения является показанием к немедленной госпитализации. Но в повседневной практике даже крупных акушерско-гинекологических объединений это положение часто не выполняется, что нередко осложняет состояние больной и создает дополнительные трудности для врачей родильных домов.

Исключительное значение в деле правильной организации лечебно-профилактической помощи беременным с болезнями сердца имеет выделение в родовых отделениях крупных акушерских учреждений специальных палат для такого рода больных, где они должны быть обеспечены уходом специально подготовленного персонала.

При организации терапевтической службы в родовом отделении акушерского стационара следует прежде всего позаботиться, чтобы врач-терапевт отделения, помимо высокой специальной классификации, в достаточной степени владел знаниями о физиологии беременности в различные ее сроки, без чего невозможно правильно оценить вопросы взаимосвязи и взаимовлияния беременности на течение экстрагенитального заболевания и последнего на беременность. Со своей стороны врачи акушерско-гинекологи отделения должны быть осведомлены о методах функциональной диагностики основных видов заболеваний внутренних органов.

С этой целью следовало бы организовать при институтах усовершенствования врачей или на местах краткосрочные курсы для врачей указанных специальностей, разработав предварительно программу, определив содержание и формы занятий.

Выделение специальных палат (и даже отделений) для беременных с различными видами патологии сердечно-сосудистой системы, равно как и с другими болезнями, требует создания в предродовых отделениях хорошо оборудованного кабинета функциональной диагностики, а также биохимической лаборатории, со специально выделенным для этих целей персоналом.

В условиях специализированной помощи беременным, страдающим болезнями сердца и сосудов, возникает также необходимость пересмотра врачебной тактики в отношении ведения у них беременности и родов. По нашим данным, основанным на многолетнем изучении довольно большого клинического материала, у подавляющего большинства больных (80,3%) беременность заканчивается срочными родами. Следует при этом отметить, что процент преждевременных родов остается еще довольно высоким (15,2) и что он тем выше, чем выраженной нарушения компенсации сердечной деятельности. При сохранении компенсации роды, как правило, протекают не только в срок и самостоятельно, но и без значительных осложнений для матери и плода. Изученный нами материал (1241 случай заболевания сердца у беременных), в особенности за последние годы, подтверждает возможность дальнейшего снижения числа акушерских операций, в частности абдоминального кесарева сечения, при указанных заболеваниях. Операция кесарева сечения у беременных с тяжелыми явлениями декомпенсации, как правило, ухудшает их состояние. Так, из 9 женщин, умерших от болезней сердца, 8 погибли либо непосредственно по окончании операции, либо в первые часы и дни послеродового периода. Причина смерти — острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Пересмотру подлежит также вопрос о ведении второго периода родов при комбинированных митральных пороках сердца, о широко применяемом выключении его путем наложения акушерских щипцов или вакуум-экстрактора. Создается впечатление, что у значительной части рожениц, страдающих компенсированными пороками сердца, второй период родов можно не выключать, широко используя при этом пудендальную анестезию раствором новокаина с добавлением лидазы.

Ввиду нередкого обострения ревматического процесса на определенных этапах беременности мы придаем большое значение антиревматической терапии. Имеет значение и рациональная кардиальная терапия, а также использование средств, направленных на возможное предупреждение дистрофии плода, на повышение его жизнеспособности.

Необходимость ведения самих родов в присутствии и под наблюдением терапевта, курирующего больную, общезвестно, и мы не будем на этом останавливаться.

В связи с особенностями течения послеродового периода и возможными внезапными тяжелыми осложнениями в первые часы и дни после родов надлежит рассмотреть некоторые вопросы организации обслуживания больных в этом периоде.

В настоящее время родильницы с болезнями сердца при безлихорадочном течении послеродового периода размещаются в первом послеродовом (физиологическом) отделении среди остальных родильниц. Только наиболее тяжелые из них выделяются в отдельные небольшие палаты. Между тем в послеродовом периоде для них должны быть созданы такие же условия, как и в специально выделенных для них палатах родового отделения. Только в этих условиях можно обеспечить надлежащее наблюдение за ними.

Наряду с выделением специальных палат в родовом отделении целесообразно выделить также соответствующим образом оборудованные палаты (на 2 родильниц) и в послеродовом отделении с ежедневным обслуживанием родильниц врачом-терапевтом, наблюдавшим их в родовом отделении. Это обеспечит известную преемственность наблюдения за больной в роддоме на отдельных этапах, полноценность его,

своевременное и правильное использование необходимых лечебно-профилактических и диагностических мероприятий. Выделенные палаты в дородовом и послеродовом отделениях создадут таким образом своего рода кардиотерапевтическое отделение при роддоме.

В связи с пересмотром врачебной тактики в целом в отношении этой категории больных возникает также вопрос о кормлении детей матерями с заболеваниями сердца. Опыт и наблюдения показывают, что только при наличии комбинированного митрального порока с преобладанием стеноза (значительно реже — недостаточности), при чистом стенозе и митрально-аортальных пороках, притом с явлениями недостаточности кровообращения, а также при обострении ревмокардита кормление нежелательно и должно быть выключено. Во всех остальных случаях матерям разрешается кормить детей. При необходимости в первые дни после родов (с учетом течения их) число кормлений может быть несколько снижено (по указанию врача-терапевта).

Большое значение имеет вопрос о сроках вставания и выписки родильниц из акушерского стационара. Полагаем, что существующее в настоящее время положение о выписке родильниц с болезнями сердца не ранее 21-го дня после родов и вставании не ранее 10-го дня после родов следует пересмотреть. Так, при компенсированной митральной недостаточности или комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием недостаточности и полной компенсации сердечной деятельности, при благоприятных домашних условиях и обеспечении наблюдения за родильницей на дому она может быть выписана и через более короткий срок — на 10—12-й день, а вставать ей можно разрешить не ранее, чем на 6-й день после родов.

До сего времени остается еще неразрешенным вопрос, куда следует госпитализировать беременных с пороками сердца в первых двух триместрах беременности — в терапевтические отделения общевойсковой сети или в дородовые отделения.

При совместном обсуждении этого вопроса с терапевтами выяснилось, что при наличии хорошо организованной терапевтической службы в акушерском отделении, обеспеченности койками дородового отделения и надлежащей его планировке (небольшие палаты) целесообразно госпитализировать таких беременных в дородовое отделение, а не в соматическую больницу. В последних, как показывает опыт, трудно обеспечить систематическое наблюдение акушера-гинеколога, и в случае необходимости оказания срочной акушерской помощи при спонтанном прерывании беременности (поздний выкидыш, преждевременные роды) создаются неблагоприятные условия для этого.

Мы разделяем такую точку зрения еще в связи с тем, что врачи-терапевты не всегда правильно оценивают влияние беременности на заболевание сердца и нередко ставят показания к прерыванию беременности там, где при создании надлежащих условий и обеспечении одновременного систематического наблюдения акушера-гинеколога и терапевта удастся сохранить беременность, довести ее до срока родов и обеспечить нормальное течение родов и послеродового периода. А это дает женщине возможность стать матерью, к чему беременные с заболеваниями сердца так стремятся.

И, наконец, мы хотели бы коснуться вопроса о последующем наблюдении за матерями и детьми после выписки из акушерского стационара. Наши сведения об отдаленных последствиях беременности, родов и лактации у женщин с болезнями сердца, а также о физическом развитии их детей весьма скудны. Этот раздел освещен в литературе крайне недостаточно, хотя значение его трудно преуменьшить.

Некоторые из затронутых нами в настоящей статье вопросов имеют дискуссионный характер. Поэтому желательное обсуждение этого вопроса с участием в нем врачей акушеров-гинекологов, терапевтов и педиатров.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.25—089—87—616.25—002.3

К ТЕХНИКЕ ПЛЕВРЭКТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЭМПИЕМАХ И РИГИДНОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

И. З. Сигал

Кафедра туберкулеза (зав. — доц. Г. А. Смирнов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Плеврэктомия в сочетании с резекцией легкого или без нее является методом выбора при лечении больных с хроническими эмпиемами различной этиологии, а также с ригидным пневмотораксом. Эти вмешательства имеют неоспоримые преимущества перед торакопластикой: одномоментность, восстановление нормальных анатомических отношений в плевральной полости и улучшение функции длительно коллабированного легкого.