

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Кандидаты мед. наук И. Л. БИЛИЧ
и К. Н. СЫЗГАНОВА*

Из кафедры факультетской терапии (зав. — засл. деятель науки ТАССР, проф. З. И. Малкин) и кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института

Течение беременности и родов у женщин с заболеваниями органов кровообращения имеет большой практический и теоретический интерес. Вместе с тем, до настоящего времени среди клиницистов-терапевтов и акушеров-гинекологов еще нет единого мнения о тактике врача при решении вопроса о возможности сохранения беременности до срока и о том, как вести родовой акт у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Известно, что во время беременности и родов существенно меняются условия работы сердца. Развитие плода и высокое стояние диафрагмы, в связи с ростом матки, требует добавочной нагрузки от органов кровообращения. Этим следует объяснить наступающие нередко во время беременности у женщин со здоровым аппаратом кровообращения функциональные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы. Эти функциональные нарушения проявляются в виде одышки, сердцебиения и иногда в признаках функциональной недостаточности митрального клапана (систолический шум на верхушке, акцентуация II-го тона на легочной артерии, появление экстрасистол и др.). Эти проявления часто могут симулировать органический порок сердца.

Родовой акт, в свою очередь, требует от аппарата кровообращения хорошую приспособляемость к быстро наступающим изменениям кровообращения.

Поэтому становится понятным затруднительное положение врачей — терапевта и акушера — при решении вопроса о возможности сохранения беременности или необходимости досрочного ее прерывания у женщин с органическими пороками сердца. Чаще всего речь идет о ревматических клапанных пороках сердца.

Мы присоединяемся к мнению большинства клиницистов (Г. Ф. Ланг, А. П. Николаев и др.), считающих, что в ранних сроках беременности (до 12 недель), при наличии обострения эндомиокардита, комбинированного клапанного порока сердца или изолированного стеноза левого венозного отверстия, следует прерывать беременность. Но и в этом периоде необходим индивидуальный подход с учетом общего состояния и возраста беременной, а также ее желания. При страстном желании беременной стать матерью и при отсутствии активного эндокардита или явлений нарушения кровообращения иногда возможно удовлетворить просьбу беременной.

Значительно труднее решить вопрос в более поздние сроки беременности, свыше 12 недель, когда производить выскабливание уже невозможно и само прерывание беременности таит в себе большую опасность для жизни.

В таких случаях врачу приходится решать следующие вопросы: позволяет ли, во-первых, состояние здоровья сохранить беременность или оно требует немедленного ее прерывания, во-вторых, если сохранение беременности не угрожает жизни беременной, то каким путем закончить беременность — оперативным или естественным родоразрешением.

Понятно, что такие серьезные вопросы могут быть правильно решены только при условии единства действий акушера и терапевта, их обоюдном постоянном наблюдении за беременной. Эти вопросы должны решаться не шаблонно, а с индивидуальным подходом в каждом отдельном случае.

В этой работе мы поставили целью выяснить, как протекают беременность и родовой акт у женщин с клапанными пороками сердца.

Приводимые нами данные основываются на совместных наблюдениях терапевтов и акушеров-гинекологов и анализе историй болезней 36 женщин с беременностью и заболеваниями сердца, находившихся в родильном отделении акушерско-гинекологической клиники Казанского мединститута за период 1952—1955 гг. Часть больных лечилась предварительно в факультетской терапевтической клинике.

Из 36 больных 26 страдали комбинированными пороками сердца — недостаточностью митрального клапана и стенозом левого венозного отверстия, 2 — митрально-аортальными пороками, 6 — изолированной недостаточностью митрального клапана, 2 — ревматическим миокардитом. По возрасту: 26 женщин — от 20 до 30 лет, 9 — от 30 до 40, 1 — свыше 40 лет. Первородящих было 19, повторнородящих — 17. Активный эндокардит констатирован у 2 беременных. У 16 беременных с сердечной патологией не было отмечено особых признаков нарушения кровообращения; у 12 — нарушения кровообращения I степени, у 6 — II-й степени и у 2 — III-й степени (см. табл.).

	Первородящих — 19		Повторнородящих — 17	
Всего	По возрасту			
	от 20 до 30 лет	от 30 до 40 лет		свыше 40 лет
	26	9		1
36	Диагноз			
	комбинированный клапанный порок сердца	изолированная недостаточность митрального клапана		Ревматический миокардит
	28	6		2
	Степень нарушения кровообращения			
	без признаков	I степени	II степени	III степени
	16	12		2

С профилактической целью большинство из этого числа беременных было госпитализировано за 2—3 недели до родов.

Из 36 женщин с заболеваниями сердца у 32 беременность была доведена до срока и окончена естественными родами без каких-либо осложнений (в том числе у 2 больных с ревматическим миокардитом). Послеродовой период у всех протекал нормально.

Для иллюстрации приведем историю болезни Б., 24 лет. Поступила в родильное отделение 11 ноября 1955 г. с 39-недельной беременностью. Впервые обратилась в женскую консультацию на 21 неделе беременности, тогда же был установлен митральный комбинированный порок сердца. 2-я беременность. Первая беременность закончилась срочными родами в 1953 г.

При поступлении особых жалоб не предъявляет, за исключением легкой одышки при ходьбе. В первой половине беременности беспокоили рвоты, в дальнейшем беременность протекала нормально. Положение плода — продольное, предлежание — головное, сердцебиение плода ясное. Пульс 74 в мин, отдельные экстрасистолы, пульсация шейных сосудов, границы сердца расширены в обе стороны, на верхушке сердца выслушивается хлопающий 1-й тон, систолический и пресистолический шумы, акцент 2-го тона на легочной артерии. Застойные хрипы в легких, печень — у края реберной дуги, варикозное расширение вен нижних конечностей. Отеков нет. Гемоглобин: 68 единиц, эритроциты — 3 850 000, лейкоцитоз — 7 400, палочкояд. — 3%, сегм. — 66%, лимфоциты — 26%, моноциты — 3%, эоз. — 2%. Моча без особой патологии.

Больной были назначены наперстянка, стол № 10.

Решено вести роды консервативно.

25/XI в 10 часов началась родовая деятельность, в 13 ч. 10 м. родила живого доношенного мальчика, весом 3 250 г. Родовой акт и послеродовой период протекали нормально.

10/XII выписана в хорошем состоянии.

Можно привести еще историю родов П., 28 лет, которая поступила с 39-недельной беременностью 8/X.-53 г. с диагнозом: стеноз левого венозного отверстия, недостаточность митрального клапана. Нарушение кровообращения III степени. Больна пороком сердца с 14 лет. 4-я беременность. Все роды и послеродовые беременности протекали нормально. При поступлении была назначена гипохлоридная диета, наперстянка с диуретиком. 14/X произошли нормальные роды в чисто ягодичном предлежании. Оказано ручное пособие по Цовьянову. Послеродовой период протекал нормально. Явления нарушения кровообращения значительно уменьшились.

У 4 женщин беременность была прервана путем кесарского сечения с летальным исходом в 2 случаях. Одна больная скончалась при явлениях нарастающей декомпенсации порока сердца, послеоперационной пневмонии и расхождения послеоперационного шва, вторая — при явлениях быстро нарастающей декомпенсации порока сердца и инфаркта легкого. Приводим краткие истории болезней.

21/I-55 г. поступила К., 28 лет, с диагнозом: беременность 38—39 недель, стеноз левого венозного отверстия, недостаточность митрального клапана, декомпенсация сердца II степени, относительное сужение таза I степени.

При поступлении жалобы на одышку, температура нормальная, пульс — 84 в минуту, ритмичный, кровяное давление — 100/70. На ногах небольшие отеки. Границы сердца расширены в обе стороны. На верхушке сердца первый тон хлопающий, выслушивается систолический и пресистолический шумы, акцент 2-го тона на легочной артерии, печень — у края реберной дуги. Гемоглобин — 64 ед., эр. — 3 450 000, л. — 7 200, палочкояд. — 11%, сегм. — 67%, лимф. — 12%, моноциты — 7%. Моча без особых патологических отклонений.

Ввиду патологии со стороны сердца и относительного сужения таза было решено беременность прервать досрочно путем кесарского сечения. 26/I была произведена операция. На 2-й день после операции у больной появился сильный кашель, нарастала одышка, тахикардия — пульс 100 в минуту, экстрасистолическая аритмия.

В последующие дни, несмотря на принятые меры, состояние остается тяжелым. Появились мерцательная аритмия, дефицит пульса — 46. На 7-й день: расхождение послеоперационного шва и наложение повторных швов. В последующие дни состояние тяжелое, через рану просачивается асцитическая жидкость. Через 17 дней больная была переведена в терапевтическое отделение для дальнейшего лечения, где скончалась 28/III-55 г.

Патологоанатомический диагноз: стеноз левого венозного отверстия, недостаточность митрального клапана, декомпенсация — III степени, цианотичная индурация легких, мускатная печень, эмболические рубцы в левой почке, венозное полнокровие

внутренних органов. Зажившие рубцы на передней стенке матки и живота после кесарского сечения. Спайки между петлями кишечника, передней стенкой живота и маткой.

2-й случай касается Гр-ой, 23 лет, которая была переведена из терапевтической клиники с беременностью 28—29 недель для прерывания беременности. Терапевтический диагноз: ревматический эндокардит, стеноз левого венозного отверстия, недостаточность митрального клапана, недостаточность аортальных клапанов, нарушение кровообращения II-й степени. Послеоперационный период протекал тяжело: отмечались выраженная одышка, цианоз, отеки на ногах. На десятый день при явлениях эмболии легких больная скончалась.

Наши наблюдения разрешают сделать заключение, что при клапанных пороках сердца в подавляющем большинстве случаев беременность может быть доведена до срока, и консервативное ведение родов является способом выбора при создании определенных условий, систематическом обоюдном наблюдении за беременной терапевта и акушера-гинеколога.

Важное место в профилактике и лечении сердечной недостаточности занимают правильный режим, рациональное сочетание часов работы и отдыха. Целесообразно беременным с заболеванием сердца давать дополнительный отпуск по болезни, если имеется необходимость, даже на срок всей беременности. При появлении незначительных признаков нарушения кровообращения (небольшая тахикардия, усиление одышки и др.) или явлений обострения эндокардита необходимо беременных госпитализировать: в более ранний период беременности — в терапевтический стационар, и всех беременных, больных пороками сердца, за 3—4 недели до родов — в родильное отделение.

Диета должна содержать достаточно витаминов и в ограничении — хлориды.

Даже при отсутствии признаков нарушения кровообращения показано в предродовом периоде назначать сердечные средства: наперстянку, строфантин или другие, как, например, коргликон, эризид.

Учитывая, что у больных с клапанными пороками сердца ревматический эндокардит может протекать скрыто, с профилактической целью показано назначать противоревматическую терапию в виде салицилатов и пиридоксина. Само собой разумеется, что это приобретает особое значение, если обнаруживаются признаки активного ревматического процесса.

Значителен вопрос о санации очагов инфекции в течении беременности. Для этой цели показано назначать на короткий период антибиотики.

При соблюдении вышеперечисленных мероприятий в подавляющем большинстве случаев удается сохранить жизнь матери и ребенка.

К оперативному родоразрешению следует прибегать только в исключительных случаях, при наличии жизненных показаний, ибо оперативное вмешательство более опасно для беременной, чем естественные роды. Оперативное родоразрешение исключает второй период, с которым связано повышение внутрибрюшинного давления во время потуг, но при этом увеличивается опасность внезапного понижения внутрибрюшинного давления после быстрого извлечения плода. Это, несомненно, отражается на гемодинамике. Следует учесть, что в связи с нарушением трофических процессов у сердечно-сосудистых больных нередко плохое заживление послеоперационной раны, вплоть до расхождения швов, а также частые послеоперационные пневмонии.

Аналогичного мнения придерживаются и другие советские и зарубежные клиницисты (А. П. Николаев, Н. К. Годушкова, Ю. И. Ар-

кусский, M. J. Drury, O'Drescoll, T. D. Hauratty, A. N. Barry и др.). Последние четыре автора в 3 родильных домах Дублина (Шотландия) наблюдали 175 женщин с ревматическими пороками сердца (250 беременностей), причем у 66 из них была отмечена недостаточность кровообращения III—IV степени. Исходя из анализа наблюдений, эти авторы считают, что при ревматических пороках сердца нет показаний для вызова преждевременных родов или операции кесарского сечения. При ранней диагностике поражения сердца достаточно установить специальные часы отдыха, продолжительность которых систематически должна увеличиваться по мере приближения родов. Авторы считают, что преждевременные роды у беременных с недостаточностью сердца ничем не оправданы, ибо нагрузка на сердце в течение последнего месяца беременности резко уменьшается, а опасность перегрузки сердца, обусловленная родами, сильно преувеличена.

Сходные высказывания мы встретили и в советской литературе: так, например, Ю. И. Аркусский указывает, что поздний аборт или преждевременные роды для патологически измененного сердца являются не меньшей нагрузкой, чем срочные роды.

ВЫВОДЫ:

1. Комбинированные ревматические пороки сердца не являются абсолютным показанием к прерыванию беременности. При нормальном течении она может быть доведена до срока и закончена консервативно.

2. Беременные, больные пороками сердца, должны находиться под постоянным наблюдением терапевта и акушера.

3. Условиями для сохранения беременности являются: дополнительный отпуск по болезни, ранняя госпитализация, профилактическое проведение соответствующей терапии.

Наши выводы находятся в полном соответствии с решением Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР от 21—24 апреля 1952 г. К сожалению, эти решения являются достоянием небольшого круга врачей, главным образом, акушеров-гинекологов и мало известны терапевтам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ю. И. Аркусский. К вопросу о влиянии беременности на патологически измененное сердце. *Акушерство и гинекология*, 2, стр. 15, 1949.
2. Ф. С. Ауэрбах и Я. Н. Джепаридзе. К вопросу о ревматических поражениях сердца при беременности. *Акушерство и гинекология*, 1, стр. 31, 1952.
3. Г. Ф. Ланг. Болезни системы кровообращения. Учебник внутренних болезней, т. 1, ч. 1, стр. 407, 1938.
4. А. П. Николаев. Беременность и роды у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. *Акушерство и гинекология*, 2, стр. 3, 1952.
5. Е. А. Узлецкая-Романовская. Течение гипертонической болезни во время беременности и родов. *Клиническая медицина*, 1, стр. 40, 1957.
6. M. J. Drury, M. K. O'Drescoll, T. D. Hauratty, A. N. Barry. Вопросы сердечно-сосудистой патологии. Изд. иностр. литературы, т. 5, стр. 73, 1954.

Поступила в июне 1957 г.