

также Балдвин, Курнанд и Рихард; Витакер, Гарвей и соавт. нашли у больных с сердечной недостаточностью и после ее ликвидации даже большую в среднем величину максимальной легочной вентиляции и меньший объем остаточного воздуха, чем у больных с выраженной эмфиземой, но без недостаточности сердца. По данным Ори, Ван Бухема и Гомана, Вильямса и Шерифа, у больных с недостаточностью сердца и без нее объем остаточного воздуха увеличен в одинаковой степени. Можно поэтому прийти к заключению, что ухудшение у больных эмфиземой альвеолярной вентиляции, вызывающее нарастание легочного артериального давления и развитие правожелудочковой сердечной недостаточности, обусловлено в основном не дополнительным механическим ее затруднением, а функциональными нарушениями в соответствующих регуляторных приборах с ослаблением компенсаторно-приспособительных реакций (в частности, понижением возбудимости дыхательного центра с относительным ослаблением сокращений дыхательной мускулатуры и более поверхностным дыханием).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Жестикова Е. С. Основной обмен и вентиляционные показатели у больных эмфиземой легких. Автореф. канд. дисс., Томск, 1964.— 2. Жихарев С. С., Прилежаева Т. С. Бюлл. ВИАМ, 1935, 2.— 3. Крепс Е. М., Войткевич В. И. В кн.: Вопросы кардиологии. Ереван, 1956.— 4. Романов А. А. Гемодинамические показатели у больных обструктивной эмфиземой легких по данным метода разведения индикатора (Т-1824). Автореф. канд. дисс., Томск, 1966.— 5. Цибекмахер Т. Д., Виноградов А. В. Тер. арх., 1966, 2.— 6. Шершевский Б. М. Газы крови при заболеваниях и ранениях аппарата дыхания, Томск, 1959.— 7. Штейнгардт Ю. Н. Легочное кровообращение у больных обструктивной эмфиземой и влияние на него некоторых воздействий. Автореф. докт. дисс., Томск, 1965.— 8. Baldwin E. F., Cournand A., Richards D. W. *Medicine*, 1949, 28, 201.— 9. Borden C. W., Wilson R. N. a. o. *Am. J. Med.*, 1950, 8, 701.— 10. Brusca A., Garbagni R. e. a. *Arch. Mal. Coeur*, 1958, 51, 51.— 11. Ferrer M. I. N.-Y. *State J. Med.*, 1950, 50, 1817.— 12. Ferrer M. I., Harvey R. M. В кн.: *Pulmonary circulation*. New York, 1959, 171.— 13. Fowler N. O., Westcott a. o. *Circulation*, 1952, 6, 888.— 14. Harvey R. M., Ferrer M. I. *Circulation*, 1960, 21, 236.— 15. Harvey R. M., Ferrer M. I. a. o. *Am. J. Med.*, 1951, 10, 719.— 16. Kaufmann G., Hegglin R. *Cardiologia*, 1955, 28, 207.— 17. Lovejoy F. M., Yu P. N. a. o. *Am. J. Med.*, 1954, 16, 4.— 18. Mack I. В кн.: *Clinical Cardiopulmonary Physiology*. New York—London, 1960, 408.— 19. Mc Michel J. *Schweiz. med. Wchschr.*, 1946, 76, 851; *Edinb. Med. J.*, 1948, 55, 65.— 20. Merino C. F. *Blood*, 1950, 5, 1.— 21. Mounsey J. P., Ritzmann L. W. a. o. *Brit. Heart J.*, 1952, 14, 153.— 22. Orie N. P., Van Buchem F. S., Homan B. *Acta med. scandinav.*, 1954, 148, 1.— 23. Rapin M., Lissac J. e. a. *Nouv. Rev. Franc. Hemat.*, 1961, 1, 479.— 24. Reynafarje C., Zozeno R., Valevieso J. *Blood*, 1959, 14, 433.— 25. Whitaker W. *Quart. J. Med.*, 1954, 23, 57.— 26. Williams M. H., Seriff N. S. *Am. J. Med.*, 1963, 35, 20.— 27. Yu P. N., Nye R. E. a. o. *Am. Heart J.*, 1957, 54, 235.— 28. Zimmerman H. A. *Dis. Chest*, 1951, 20, 46.

УДК 618.2—616.1

## КАРДИОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ

А. Б. Гиллерсон, Б. Л. Басин и Э. Я. Куравская

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

В отношении ведения беременных, рожениц и родильниц с кардиопатиями мы придерживаемся выработанной нами врачебной тактики.

В женской консультации клинической базы каждую беременную в возможно ранние сроки осматривает терапевт. При выявлении заболевания сердца производят обследование в кабинете функциональной диагностики и биохимической лаборатории, санацию очагов инфекции, противорецидивную и общеукрепляющую терапию, контроль акушером и терапевтом каждые 2 недели. Беременных госпитализируют в отделение патологии беременных, где выделена специальная палата на 6 коек для кардиологических больных, оснащенная установкой для ингаляции кислорода и резиновыми баллонами для дыхательной гимнастики. Наблюдение за больными в отделении ведет терапевт совместно с акушером.

Беременных госпитализируют в отделение патологии трехкратно: до 12 недель для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания беременности; в 28—32 недели (наиболее критический срок) и в 37—38 недель для подготовки

к родам. Определяют форму порока, его этиологию, состояние миокарда, степень компенсации или нарушение ее, активность ревматического процесса. Проводят противоречивую противоревматическую терапию аспирином (ввиду антикоагулянтного действия его отменяют за несколько дней до предполагаемого срока родов).

Стероидные гормоны мы не применяем из-за возможности вредного их влияния на плод, хотя исследования последних лет указывают на изменение функционального состояния коры надпочечников у беременных, страдающих ревматизмом, снижение содержания 17-кетостероидов в моче до 0,3—4,5 мг в сутки против 6—13 мг у здоровых беременных. Эти результаты дают теоретические предпосылки для лечения таких больных стероидными гормонами (Е. М. Лисенко, 1962).

Мы не применяем также пирамидон, бутадиион, угнетающие гемопоэз плода. Проводим десенсибилизирующую терапию, назначаем диету с ограничением углеводов и содержащую соли калия, кальция, витамины. При недостаточности кровообращения предписываем постельный режим. Для улучшения сократительной способности миокарда вводим хлористый калий по 0,5—1,0 г 4 раза в день, АТФ, витамины группы В, фолиевую кислоту, мочегонные — гипотиазид на калиевом фоне, фонурит, альдактон, бенесал, лазикс. Ртутные мочегонные исключаются.

Длительно применяем лантозид, изоланид. При недостаточности кровообращения до родов вводим коргликон, строфантин, при легочной гипертензии — эуфиллин, диафиллин. В родильном зале есть все средства для борьбы с отеком легких.

Длительность подготовки к родам зависит от состояния компенсации. Роды ведутся в присутствии терапевта. Учитывая, что болевой фактор может вызвать или усилить декомпенсацию, кроме психопрофилактического метода подготовки беременных к родам используем медикаментозное обезболивание: «ликер», свечи с экстрактом белладонны, триоксазин, промедол, закись азота с кислородом.

Своевременная диагностика сердечной патологии и терапия во время беременности, родов и после них, консервативная тактика ведения родов способствовали тому, что за 5 лет в роддоме не было ни одного случая материнской смертности.

Мы изучили течение беременности и родов у беременных с клапанными пороками сердца. С 1963 по 1967 г. в клинике принято 13097 родов, из них осложненных экстрагенитальной патологией — 825 (6,3%), в том числе пороками сердца — 355 (2,7%).

299 (84,2%) женщин были в возрасте от 20 до 30 лет, 54 (15,2%) — от 31 до 40 лет, 2 (0,56%) — от 41 до 50 лет. Первородящих было 144 (40,6%), повторно-беременных — 211 (59,4%); первородящих — 194 (54,6%), повторнородящих — 157 (44,2%) и многорожавших — 4 (1,13%).

Из 355 женщин с кардиопатиями у 87 (24,5%) до настоящей беременности отмечался рецидив заболевания, у 14 (3,94%) — декомпенсация, 73 (20,6%) неоднократно лечились до беременности в терапевтических стационарах. У 276 (77,8%) женщин порок выявлен до беременности, у 79 (22,3%) — во время настоящей беременности. У 340 (95,8%) женщин были приобретенные пороки, у 15 (4,2%) — врожденные, из них у 7 — незаращение артериального протока, у 2 — дестрокардия, у 1 — клапанный стеноз легочной артерии (оперирована после родов), у 1 — болезнь Толочникова — Роже, у 1 — порок синего типа (транспозиция сосудов?), у 2 — коарктация аорты. Операцию на сердце перенесли 4 женщины: 3 — митральную комиссуротомию, 1 — по поводу незаращения артериального протока.

Недостаточность митрального клапана была у 235 (66,2%) женщин, сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности — у 72 (20,3%), сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза — у 26 (6,76%), комбинированные пороки — у 6 (1,7%). Неактивная фаза ревматизма выявлена у 265 (74,6%) женщин, активная — у 76 (21,4%). Сердечно-сосудистая недостаточность I ст. была у 117 (32%), II ст. — у 31 (8,7%). Из них к родам компенсация наступила у 87 (58,4%).

Срочные нормальные роды были у 271 (76,4%) женщины, преждевременные — у 26 (7,32%), запоздалые (переношенность) — у 21 (5,9%). Оперативные роды были у 37 (10,4%) женщин (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, плодоразрушающие операции и др.), мертворождение — у 7 (1,97%).

Из 355 беременных с пороками сердца родили самостоятельно 318 (89,6%). С целью выключения потужного периода у больных с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности и при затяжных родах для ускорения родоразрешения у 22 (6,1%) под пудендальной анестезией и с применением закиси азота с кислородом наложены акушерские щипцы. Вакуум-экстракция плода применена у 7 (1,97%) женщин, из них только у 2 по показаниям со стороны матери, остальные — при угрожающей асфиксии плода. За последние годы вакуум-экстракцию не применяли.

Кесарево сечение произведено только у 1 (0,28%) женщины в 1964 г. по показаниям со стороны сердца — у первобеременной 32 лет, инвалида второй группы с ревматизмом в активной фазе, митральным стенозом IV ст. по Бакулеву. К врачу не обращалась до 26 недель беременности из-за боязни, что ей предложат прервать беременность. В 30 недель поступила в роддом с явлениями недостаточности II Б ст. Кардиальная и противоревматическая терапия в течение 2 недель эффекта не дала, и больная в 32 недели под местной анестезией подвергнута операции. Через месяц после операции больная была переведена в терапевтическое отделение, где находилась в течение 9 месяцев. Через год после родов больная погибла.

По акушерским показаниям (узкий таз, отслойка плаценты) кесарево сечение произведено у 5 (1,4%) больных, страдающих пороками сердца. Операции осуществляли преимущественно под эфирно-кислородным эндотрахеальным наркозом.

Беременность и роды у женщин с врожденными пороками сердца (4,2%) протекали значительно благоприятней, чем при наличии приобретенного порока. Так, из 15 женщин  $\text{H}_1$  отмечалась лишь у 3,  $\text{H}_{II}$  — у 2, компенсация — у 10. Даже при наличии  $\text{H}_1$  при коарктации аорты беременность протекала благоприятно. У одной такой женщины, первородящей, роды осложнились ригидностью шейки матки, она была родоразрешена путем операции наложения акушерских щипцов. В 1 и 2-м периодах родов производилось обезболивание закисью азота с кислородом. Вторая дважды рожала самостоятельно. Роды протекали стремительно. Во время вторых родов, осложнившихся частичной отслойкой нормально расположенной плаценты, для родоускорения используются кожноголовные щипцы по Иванову — Гауссу. В то же время в литературе есть указания на то, что больных с коарктацией аорты необходимо родоразрешать в плановом порядке путем кесарева сечения.

Наиболее неблагоприятно протекали беременность и роды у женщин с митральным стенозом. Так, из 24 женщин, несмотря на противорецидивную терапию (кроме одной, не наблюдавшейся в консультации), у 16 было обострение ревматического процесса, у 8 —  $\text{H}_1$ , у 16 —  $\text{H}_{II}$ , и только 2 из них находились в состоянии компенсации.

Родоразрешены самостоятельно (быстрые роды) 10 женщин, из них 1 многорожавшая; операцией наложения акушерских щипцов — 10 с активной фазой ревматизма; вакуум-экстракцией плода по показаниям со стороны матери — 2, из них у одной после родов наступило ухудшение; путем наложения бинта Вербова — 1 (в 32 недели беременности); операцией кесарева сечения по показаниям со стороны сердца — 1 (0,28% по отношению к 355 беременным с кардиопатиями).

#### *Течение родов у женщин после митральной комиссуротомии*

Одна первородящая через 2 года после операции, без нарушения кровообращения, с неактивной фазой ревматизма, родоразрешилась самостоятельно. Послеродовой период протекал нормально. Две женщины с активным ревматическим процессом (одна — через год, вторая — через 7 лет после операции) родоразрешены путем наложения акушерских щипцов. Послеродовой период протекал с явлениями  $\text{H}_{II}$ . Одна женщина после операции по поводу незаращения артериального протока, у которой беременность протекала нормально, родила самостоятельно. В послеродовом периоде осложнений не было.

#### *Течение послеродового периода*

В послеродовом периоде компенсация кровообращения наблюдалась у 331 (93,1%) родильницы, декомпенсация — у 24 (6,76%).

В отношении выписки родильниц мы придерживаемся индивидуального подхода. На 8-е сутки выписано 80 женщин (22,6%), с 9 по 13-й день — 189 (52,9%), с 14 по 20-й — 61 (17,2%) и с 21 по 40-й — 25 (7,04%).

259 (72,2%) новорожденных весили от 3 до 4 кг, 30 (8,3%) — от 4 до 5 кг, 49 (13,7%) — от 2,5 до 3 кг и 21 (5,8%) — от 1,5 до 2 кг.

При активном ревматическом процессе, тяжелых пороках, протекающих с расстройством кровообращения, создаются неблагоприятные условия для внутриутробного развития плода. Нередко у таких детей возникают признаки нарушения функции ЦНС, что можно объяснить расстройством газообмена плода и внутричерепной травмой (Л. В. Ванина, В. И. Бодяжина). Возможно, что причина осложнений развития плода у женщин с пороками сердца лежит в нарушении эндокринной функции плаценты и биохимических процессов, определяющих синтез фетальных белков, углеводов и других веществ. Нарушаются обменные процессы в плаценте между матерью и плодом вследствие скопления в плаценте фиброзных масс, которые как бы замуровывают ворсинки. Это служит причиной преждевременных родов, самопроизвольных абортов, токсокозов беременных, уродств плода. Родились здоровыми 200 (62%) детей; с внутричерепной травмой II ст. — 82 (23,1%), III ст. — 8 (2,2%), с гидроцефалией — 1, хондродистрофией — 1, с подозрением на врожденный порок сердца — 40 (11,3%). Из общего числа детей переносимость отмечена у 20 (5,6%), недоношенность — у 21 (5,9%), врожденная дистрофия — у 18 (5%).

Относительно благоприятное (по нашим данным) течение беременности и родов у больных с пороками сердца еще не дает права допускать вынашивание беременности независимо от формы порока и тяжести его течения. Как было отмечено выше, беременность способствует обострению ревматического процесса, протекает тяжело, с явлениями сердечно-сосудистой недостаточности. У больных с митральным стенозом и после митральной комиссуротомии, произведенной при выраженной декомпенсации, в последующем может наступить обострение ревматического процесса.

Однако постоянное наблюдение, бережное родоразрешение, отказ от кесарева сечения по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы содействуют благоприятному исходу беременности при кардиопатиях.

Через 5 лет из 60 обследованных женщин 19 отмечают боли в области сердца, одышку при ходьбе, быструю утомляемость, 6 — улучшение состояния, 12 — ухудшение. Одна больная с митральным стенозом IV ст. по Бакулеву, родоразрешенная путем операции кесарева сечения, умерла через 1 год. У одной, оказавшейся в неблагоприятных бытовых условиях, в ближайшие месяцы после родов наступило обострение ревматизма и декомпенсация, и она умерла через полгода во время операции на сердце. Одна женщина, отказывавшаяся от неоднократно предлагаемой госпитализации при обострении ревматизма, погибла через 3 года после родов. На аутопсии обнаружены бородавчатый эндокардит, множественные инфаркты в легких и селезенке.

Из 60 обследованных 4 лечились в терапевтическом стационаре и 1 оперирована на сердце по поводу врожденного порока с благоприятным исходом. Почти все женщины вернулись к работе в срок от 6 месяцев до года. Менструальная функция восстановилась позже, чем у здоровых женщин — от 6 месяцев до 1,5 лет, и только у 3 — через 8 недель после родов.

У 18 из 60 женщин была пониженная лактация (в основном это были больные с тяжелыми пороками и активным ревматическим процессом). У 7 из обследованных детей диагностирован порок сердца, в том числе у одного — ревматической этиологии.

На основе полученных нами данных мы пришли к убеждению в своевременности следующих предложений:

- 1) необходимо организовать специализированные кардиологические отделения в роддомах для беременных;
- 2) улучшить связь участковых терапевтов с акушерами путем создания единого участка;
- 3) организовать специальные семинары для терапевтов и акушеров по экстрагенитальной патологии и беременности как на местных клинических базах, так и в системе институтов усовершенствования по экстрагенитальной патологии у беременных.

УДК 618.2—616.12—089

## БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КОМИССУРОТОМИЮ<sup>1</sup>

Г. Н. Дмитриева

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. И. В. Данилов, научн. руководитель — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

В связи с успехами кардиохирургии в акушерстве возникла новая проблема, связанная с беременностью и родами у больных, перенесших операцию на сердце по поводу приобретенного или врожденного порока сердца.

У женщин, перенесших митральную комиссуротомию, вопрос о показаниях и противопоказаниях к сохранению беременности решается, по существу, на основании тех же критериев, что и у женщин, страдающих митральным стенозом и не подвергавшихся операции. Так как и после хирургического лечения у больных сохраняется ревматизм и полностью не устраняется клапанный порок сердца, при анализе факторов, определяющих прогноз для беременности и родов, решающее значение имеют объективные показатели, характеризующие состояние системы кровообращения.

Вопрос о методе родоразрешения должны решать совместно акушер и терапевт с учетом тяжести сердечно-сосудистой патологии, степени нарушения кровообращения, активности ревматического процесса, наличия акушерской патологии и возраста роженицы. Самопроизвольные роды допустимы при отсутствии нарушения кровообращения в течение всей беременности.

За последние годы нам пришлось наблюдать течение беременности и родов, а также отдаленные результаты у 5 женщин, перенесших комиссуротомию, причем одна из них после операции на сердце рожала дважды. Остальные были первородящими. До операции женщины были совершенно нетрудоспособны в связи с нарушением кровообращения II Б и III степени. Состояние их здоровья после операции позволило допустить беременность.

У 4 женщин беременность наступила в течение первых двух лет после операции на сердце и у 1 — через 5 лет. Во время беременности, родов и в послеродовом периоде общее состояние было удовлетворительным. У одной роженицы было нарушение кровообращения I—II А ст., и роды пришлось закончить наложением полостных щипцов. У остальных роды протекали самостоятельно и через естественные родовые пути.

<sup>1</sup> Доложено на объединенном обществе хирургов, акушеров-гинекологов и терапевтов г. Казани 18/IV 1968 г.