

В.І.Медведь, О.В. Ісламова, О.О.Данилків

**СЕРЦЕВО-СУДИННІ ХВОРОБИ ЯК ПРИЧИНА МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТНОСТІ**

*ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України»*

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯК ПРИЧИНА МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТНОСТІ. Проведено аналіз материнської смертності від серцево-судинних захворювань в Україні з 1990 по 2007 роки. Виявлена найчастіша патологія серцево-судинної системи, яка призводить до материнських втрат. Назначені шляхи попередження смерті вагітних, роділь і породіль від серцево-судинних захворювань.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ. Проведен анализ материнской смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Украине за период с 1990 по 2007 год. Выявлена наиболее частая патология сердечно-сосудистой системы, приводящая к материнским потерям. Намечены пути предупреждения смерти беременных, рожениц и родильниц от сердечно-сосудистых заболеваний.

THE CARDIO-VASCULAR DISEASES AS CAUSE OF THE MATERNAL MORTALITY. The analysis of the maternal mortality by cardio-vascular diseases in Ukraine during from 1990 to 2007 was given. The most frequent pathology of cardio-vascular system, which cause to maternal loss, was determined. The ways of prevention the death in pregnant women, parturients and women after delivery with cardio-vascular diseases were set.

**Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, материнська смертність.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, материнская смертность.

**Key words:** cardio-vascular diseases, maternal mortality.

Материнська смертність (МС) – це рейтинговий показник, що входить до усіх, без винятку, програм оцінки стану здоров'я жіночого населення та якості надання медичної допомоги в країні у цілому. Саме тому показникові МС надається таке велике значення керівництвом органів охорони здоров'я, а для його зменшення прикладаються величезні організаційні та фінансові зусилля. Доречно нагадати, що зменшення показника МС до 2015 року на три чверті від рівня 1990-го – це одна з восьми глобальних цілей, визначених Саммітом тисячоліття, який відбувся 6-8 вересня 2000 р. Для України цільовий рівень МС у 2015 р. складає 8,1 на 100 тисяч живонароджених (показник 1990 року – 32,4). Оскільки, починаючи від 2004 р., після майже десятилітнього періоду повільного зниження, показник МС демонструє явну нестабільність (табл. 1), а минулого, 2007 року він зріс до 17,8, перспектива досягнення нашою країною цієї глобальної мети уявляється, принаймні, не безхмарною.

Смерть, що відноситься до другої групи, визначається як смерть внаслідок хвороби, яка існувала раніше або виникла в період вагітності поза зв'язком з безпосередньою акушерською причиною, але *обтяжена фізіологічним впливом вагітності*.

Усі випадки материнської смерті, спричинені серцево-судинними захворюваннями, відносяться до другої групи. Причому в усьому світі, так само як і в Україні, кардіоваскулярна патологія незмінно посідає перше місце серед непрямих причин загибелі вагітних.

Згідно з офіційними даними, які щороку наводить Центр медичної статистики МОЗ України [5], розповсюдженість хвороб системи кровообігу серед вагітних жінок останніми роками має тенденцію до зменшення (табл. 2).

Таблиця 1. Показник материнської смертності в Україні (1991-2007, офіційні дані МОЗ України)

Рік	Материнська смертність	
	абсолютна кількість випадків	на 100 тис. живонароджених
1991	216	34,2
1992	233	39,7
1993	192	34,8
1994	176	33,7
1995	180	36,2
1996	163	34,3
1997	137	30,9
1998	124	29,5
1999	103	26,5
2000	101	26,2
2001	91	24,1
2002	88	22,5
2003	77	18,9
2004	59	13,8
2005	75	17,5
2006	53	11,5
2007	85	17,8

За визначенням ВООЗ (1993), материнська смерть – це смерть жінки, що настала під час вагітності (незалежно від її тривалості та локалізації) або упродовж 42 днів після її закінчення від будь-якої причини, пов'язаної з вагітністю, обтяженою нею чи її веденням, але не від нещасного випадку чи випадкової причини [3].

У відповідності до такої дефініції ВООЗ поділяє усі випадки материнської смерті на дві групи: безпосередньо пов'язані з акушерськими причинами та опосередковано пов'язані з акушерськими причинами.

Таблиця 2. Розповсюдженість хвороб системи кровообігу серед вагітних (1999-2007, офіційні дані МОЗ України)

Рік	Хвороби системи кровообігу	
	абсолютна кількість	на 100 вагітностей
1999	21049	5,40
2000	22535	5,84
2001	23117	6,16
2002	25002	6,51
2003	26878	6,71
2004	27045	6,57
2005	25374	6,08
2006	26610	5,82
2007	26962	5,73

Причини такого становища авторам статті не зовсім зрозумілі, проте навіть цифра 2007 року – 5,73 на 100 вагітностей є досить високою з огляду на молодий вік і гендерну однорідність популяції вагітних. Не можуть не дивувати регіональні особливості розповсюдженості серцево-судинних хвороб серед вагітних. Так, у Київській області вона становила 15,72, Чернівецькій – 13,97, Вінницькій – 13,65, що істотно перевищує загальнодержавний показник, водночас у Херсонській області – 1,04, Чернігівській 1,92, місті Севастополі – 1,66. Як кажуть англійські політики, по comments.

Вік і стать визначають також особливості нозологічної структури хвороб системи кровообігу у вагітних. На сьогодні найбільшу питому вагу в кардіоакшерській клініці мають вроджені вади серця та судин, у тому числі оперовані. Тенденція до збільшення їх частоти зберігається як в Україні, так і в усьому світі. Досить значний контингент вагітних у нашій країні дотепер складають хворі на ревматизм і набуті вади серця, проте тенденція тут протилежна і кількість їх щороку зменшується. Окрім вад серця, серед серцево-судинної патології вагітних розповсюджені кардіоміопатії та інші некоронарогенні хвороби міокарда, артеріальна гіпертензія, ідіопатичні порушення ритму та провідності, інфекційний ендокардит. Рідкісною патологією у вагітних жінок є ішемічна хвороба серця.

Вагітність супроводжується досить значними фазними оборотними змінами гемодинаміки, які є цілком фізіологічними [6, 16]. Найбільш клінічно значущі гемодинамічні зрушення зводяться до таких: значне збільшення серцевого викиду; почастішання серцевих скорочень; зниження периферичного судинного опору; зменшення тиску у легеневій артерії; значне, майже на 50 %, зростання об'єму циркулюючої крові, переважно за рахунок циркулюючої плазми; перерозподіл крові між різними регіонарними судинними басейнами; компресія маткою нижньої порожнистої вени і, в меншій мірі, черевної аорти (у III триместрі); деяке збільшення кінцево-діастолічного об'єму порожнини серця.

Окрім вищепереліченого, певне значення для перебігу серцево-судинної патології мають притаманні вагітності гіперкоагуляція крові (після 20 тижнів), гіпо-

каліємія, гіперперфузія нирок, невеликий респіраторний алкалоз, гіпоальбумінемія і відповідне зниження онкотичного тиску плазми, крововтрата у пологах.

У зв'язку з такими фізіологічними змінами вагітність по-різному впливає на перебіг багатьох хвороб серця, але у переважній більшості випадків цей вплив є негативний. Вагітність *сприяє* розвитку або прогресуванню серцевої недостатності (найчастіше ускладнення у кардіологічних хворих під час вагітності), виникненню чи почастішанню пароксизмів порушень серцевого ритму, розвитку тромбозів і тромбоемболій, розвитку інфекційного ендокардиту [2, 17].

Дуже значні, швидкі та періодичні гемодинамічні зміни настають у пологах та ранньому післяпологовому періоді [6]. Під час кожної перейми різко збільшується серцевий викид, тиск у легеневій артерії, легеневий капілярний тиск, помірно підвищуються об'єм циркулюючої крові та системний артеріальний тиск. У міжпереймовий інтервал зміни основних гемодинамічних параметрів мають протилежну спрямованість, але повної нормалізації їх не відбувається. Ступінь зрушень та, особливо, величина різниці показників під час перейми та у міжпереймовому інтервалі в значній мірі залежать від положення тіла роділлі. У будь-якому разі під час пологів та у ранньому післяпологовому періоді залежно від характеру кардіологічної патології створюються передумови для розвитку набряку легенів чи зупинки серця, або гострих порушень ритму чи інших гострих ускладнень.

Надзвичайно значні порушення системного та легеневого кровообігу притаманні абдомінальному способу розродження [2]. Вони залежать від обраного методу знеболення, положення тіла жінки на операційному столі, об'єму крововтрати та інших чинників, але не є сприятливішими ніж ті, що мають місце під час родів через природні родові шляхи. Таким чином, кесарів розтин не вважається найбезпечнішим способом розродження кардіологічних хворих і має дуже обмежені кардіологічні показання (коарктація аорти, аневризма аорти чи крупної артерії, систолічна дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду менше 40 %, констриктивний перикардит).

Таким чином, істотне погіршення перебігу серцево-судинної патології під час вагітності, пологів і у ранньому післяпологовому періоді обумовлено значними фізіологічними змінами гемодинаміки, а відтак в певній мірі є природним і очікуваним. Так само, як провідне місце серцево-судинних хвороб серед причин материнської смертності від екстрагенітальної патології.

За період з 1999 по 2007 рік у нашій країні від кардіологічних причин померло 74 жінки, що склало 33,2 % від усіх материнських смертей, спричинених екстрагенітальною патологією (усього 223 випадки). У таблиці 3 наведено нозологічну структуру серцево-судинної патології, що призвела до материнських втрат.

Для порівняння наведемо перелік тих хвороб системи кровообігу, які спричиняють смерть вагітних у розвинених країнах Європи та Північної Америки [10, 13, 16]:

Таблиця 3. Кардіологічні причини материнської смертності в Україні (1999-2007)

Захворювання	Кількість випадків
Аневризми великих артерій, що розірвалися, у т.ч. – церебральних	23
аорти	12
селезінкової	9
Вроджені вади серця, у т.ч. – синдром Ейзенменгера	14
дефект міжшлуночкової перетинки	6
атріо-вентрикулярна комунікація	4
дефект міжпередсердної перетинки	2
аорто-пульмональна нориця	1
Кардіоміопатії, у т.ч. -перипарціальна	8
дилатаційна (хронічна)	5
Артеріальна гіпертензія, у т.ч. – первинна	9
- вторинна	6
Набуті вади серця, у т.ч. – неоперовані	4
- оперовані	2
Ішемічна хвороба серця	3
Раптова серцева смерть	2
Порушення серцевого ритму	2
Інфекційний ендокардит	4
Інші хвороби системи кровообігу, у т.ч. – первинна легенева гіпертензія	5
– гострий тромбоз судин кишечника	1
– цереброваскулярний тромбоз	1
– множинні фібролімфогемангіоми	1
– міокардит	1
Усього	74

вроджені вади серця з високою легеневою гіпертензією, первинна легенева гіпертензія, дилатаційна кардіоміопатія (у тому числі перипарціальна), тяжкий аортальний стеноз, штучні клапани серця, коарктація аорти, гіпертрофічна кардіоміопатія (обструктивна форма), вроджені цjanотичні вади, синдром Марфана, артеріальна гіпертензія. Як видно, значною мірою вітчизняні та загальносвітові тенденції збігаються, хоча є певні розбіжності.

**Аневризми великих артерій** у нашій країні спричинили найбільшу кількість материнських смертей. Їхньою особливістю є практично повна відсутність клінічних проявів аж до моменту фатального розриву. Майже завжди смерть жінки настає раптово, на тлі цілковитого благополуччя. Як це не дивно, але у більшості випадків розрив аневризми відбувається не під час родів, хоча логічно було б очікувати такого ускладнення саме в період, коли дуже різко і фазно змінюється артеріальний тиск та інші параметри центральної гемодинаміки. Частіше розрив настає у післяпологовому періоді або, рідше, під час вагітності. Зазвичай ці аневризми мають вроджений генез, інколи, значно рідше – посттравматичний.

Оскільки аневризми, що спричиняють материнські втрати, у переважній більшості випадків є «німими», дуже складно визначити шляхи їх виявлення. Запровадження скринінгового ехокардіографічного обстеження усіх вагітних у ранні терміни могло би допомог-

ти виявляти аневризми аорти (але не мозкових судин) і, таким чином, попереджати певну частину випадків материнської смерті, проте у найближчі роки навряд чи це буде зроблено.

**Вроджені вади серця** – найчастіша кардіологічна причина материнських смертей у світі [13, 15]. Найвищим є ризик за наявності високої легеневої гіпертензії, особливо у стадії синдрому Ейзенменгера, коли тиск у легеневій артерії перевищує системний артеріальний тиск. У нашій країні трапляються також випадки загибелі хворих з вродженими «синіми» вадами серця зі зменшеним легеневим кровотоком типу тетради Фалло чи атрезії легеневої артерії, проте таких жінок в акушерській клініці стає дедалі менше, оскільки переважну більшість з них успішно оперують в дитячому віці. Інколи, дуже рідко материнську смерть спричиняють коарктація аорти, тяжкий стеноз гирла аорти чи легеневої артерії, інші вроджені вади з незміненим легеневим кровотоком. Аналіз медичної документації свідчить про низьку якість надання кардіологічної допомоги вагітним з вродженими вадами серця, невинуватим поліпрагмазією в одних випадках та відсутність будь-якого лікування в інших. Часто-густо діагноз вродженої вади серця не було встановлено своєчасно, ще частіше клінічно встановлений діагноз не співпадав з патологоанатомічним.

Стратегічним напрямком зниження материнської летальності від вроджених вад серця є своєчасне, у

дитячому віці їх хірургічне лікування. І цей шлях в Україні повною мірою використовується: активно розвивається система пренатальної діагностики вродженої патології серця, створюються і ефективно працюють кардіохірургічні центри для новонароджених, немовлят та дітей старшого віку. Таким чином, незважаючи на загальну тенденцію до збільшення числа вроджених вад серця, є підстави сподіватися, що хворих із неоперованою кардіологічною патологією серед вагітних буде дедалі менше. Проте, якщо у вагітної жінки має місце вкрай висока легенева гіпертензія, єдиним реальним шляхом відвернути її загибель є переривання вагітності у малому терміні. Слід пам'ятати, що ефективних методів лікування високої легеневої гіпертензії не існує, і ця патологія асоціюється з високою материнською летальністю навіть в країнах з найрозвиненішою медициною і охороною здоров'я. Тому усі жінки репродуктивного віку, які страждають на вторинну чи первинну легеневу гіпертензію, мають безкоштовно отримувати контрацептиви і перебувати під постійним наглядом дільничного акушера-гінеколога. Це цілком реально, оскільки таких хворих зовсім небагато. Щодо хворих з іншими вродженими вадами серця, то перспективними напрямками зниження материнських втрат серед них є: розширення показань до планового хірургічного лікування під час вагітності; кваліфіковане, без надмірної медикаментозної агресії ведення кардіологом упродовж усієї вагітності, під час родів та у післяродовому періоді; адекватна профілактика тромбоемболічних ускладнень та інфекційного ендокардиту; надання стаціонарної допомоги лише у закладах III рівня або, краще, у спеціалізованому кардіоакушерському центрі.

**Артеріальна гіпертензія** залишається однією з провідних кардіологічних причин материнських втрат, причому останніми роками в Україні, на жаль, спостерігається явна тенденція до збільшення числа таких випадків. Особливістю артеріальної гіпертензії у вагітних є більша у порівнянні із загальною популяцією питома вага симптоматичних (вторинних) форм. З таблиці 3 видно, що третина померлих мали вторинну гіпертензію, а саме феохромоцитому. Саме це, відносно рідкісне захворювання, досить часто і закономірно спричиняє материнські втрати в усьому світі. Проблема полягає у складності діагностики феохромоцитом, а надто під час вагітності, коли хвороба може симулювати тяжку прееклампсію. У переважній більшості випадків, коли жінки помирали від феохромоцитом, діагноз встановлював патологоанатом.

Інша істотна проблема артеріальної гіпертензії, асоційованої з вагітністю, це часте приєднання прееклампсії, що значно ускладнює лікування і погіршує прогноз. До того ж, антигіпертензивна терапія (можливості якої, до речі, під час вагітності обмежені), маючи певну користь для матері, нерідко погіршує прогноз для плода.

Отже проблема «артеріальна гіпертензія і вагітність» є досить гострою і актуальною в усьому світі. Їй приділяють надзвичайно велику увагу, про що свідчить, зокрема включення спеціального акушерського розді-

лу до Керівництва з артеріальної гіпертензії-2007 Європейського товариства кардіологів (ESC) і Європейського товариства з вивчення гіпертензії (ESH) [18]. В Україні існує нормативна база надання спеціалізованої допомоги вагітним з артеріальною гіпертензією (наказ МОЗ № 676 [1]), проте у більшості випадків материнської смерті, як засвідчив аналіз медичної документації, лікарі її вимог не дотримувались.

Перспектива зменшення материнської летальності від артеріальної гіпертензії, на думку авторів, цілком реальна. Для досягнення цієї мети доцільно: в усіх випадках тяжкої та помірної гіпертензії, гіпертензивних кризів, що повторюються, детально обстежувати хворих, аби виключити вторинний характер патології; суворо дотримуватися вимог діючого національного Клінічного протоколу «Гіпертензивні розлади під час вагітності» та Європейських рекомендацій з артеріальної гіпертензії – 2007; ширше застосовувати альфа-адреноблокатори або гібридний альфа- і бета-адреноблокатор лабеталол, коли генез тяжкої гіпертензії достовірно не встановлено.

**Кардіоміопатії** посідають у нашій країні четверте місце серед кардіологічних причин материнських втрат. Слід зазначити, що переважає тут перипартальна кардіоміопатія – варіант дилатаційної патології міокарда, що виникає у пізні терміни вагітності або після пологів, має тяжкий перебіг, але у певній частині випадків, на відміну від звичайної хронічної кардіоміопатії, минає повністю [12]. Так трапилося, що в нас упродовж останніх 9 років, на щастя, не гинули хворі на гіпертрофічну кардіоміопатію, хоча це також досить тяжка патологія, яка може спричинити материнську смерть. Шляхи попередження таких випадків полягають у: особливій настороженості кардіологів щодо можливої перипартальної кардіоміопатії у випадках появи серцевої недостатності наприкінці вагітності чи після пологів; якнайширшому застосуванню кваліфікованого ехокардіографічного дослідження за неясної кардіальної клініки у вагітних; плановому абдомінальному розродженні жінок, в яких фракція викиду лівого шлуночка менше 40 %.

**Набуті вади серця** не повинні спричинити материнські втрати! Кожен такий випадок – це результат грубих лікарських помилок. Якщо інколи буває дуже складно відвернути смерть хворої від тромбозу штучного клапана або тяжкого протезного ендокардиту, то смерть хворої з мітральним стенозом від набряку легенів є абсолютно неприпустимим явищем. Можна було би цілком слушно сказати, що найперспективнішим шляхом зниження материнської летальності при набутих вадах є підвищення кваліфікації кардіологів, які спостерігають та лікують хворих, і акушерів-гінекологів, які беруть участь у визначенні тактики ведення вагітності і родів. Окрім того пропонуємо такі заходи: широке впровадження хірургічного методу лікування (у тому числі малоінвазивних ендоваскулярних методик) у плановому порядку, в оптимальні терміни вагітності; ретельне спостереження кардіолога: своєчасне призначення адекватної медикаментозної терапії (з приводу серцевої недостатності, порушень ритму,

активності ревматичного процесу); профілактика тромбоемболічних ускладнень та інфекційного ендокардиту; категорична відмова від екстреного переривання вагітності (особливо у пізньому терміні) та екстреного розродження (а надто абдомінальним шляхом) за наявності гострих кардіологічних ускладнень (особливо набряку легенів); адекватний вибір терміну, способу та місця розродження.

**Ішемічна хвороба серця і раптова серцева смерть** – надзвичайно рідкісні явища у молодих жінок, в тому числі у вагітних. Кожен такий випадок викликає великі сумніви щодо істинної природи хвороби і справжньої причини материнської смерті. Проте, подібні випадки все ж трапляються, і у світовій літературі їх описано не один десяток [7,8,11,14]. У нашій країні, зазвичай, діагноз інфаркту міокарда у вагітних (роділь, породіль) клінічно не встановлюють, його нібито знаходить патологоанатом. Перспектива запобігання материнської летальності від ішемічної хвороби серця уявляється дуже непевною. Можна запропонувати лікарям-кардіологам бути уважнішими до скарг вагітних на больовий синдром у ділянці серця, не відмовлятися від динамічного (а не одноразового) проведення ЕКГ. Щоправда, майже усі випадки, що трапилися в Україні в обговорюваний період, мали блискавичний характер, отже часу ані на оцінку клініки, ані на проведення ЕКГ в динаміці лікарі не мали.

**Інфекційний ендокардит**, на відміну від ішемічної хвороби серця, є цілком закономірною і актуальною патологією у кардіоакушерській клініці [9]. Причому, якщо раніше інфекційний ендокардит у вагітних чи породіль, як правило, розвивався на тлі іншої кардіологічної патології (вроджені та набуті вади, «опероване серце»), то останнім часом не поодинокими є випадки первинного ураження інфекційним процесом інтактних клапанів серця. Значною мірою це пов'язано із розповсюдженням серед молодих жінок ВІЛ/СНІД

та ін'єкційного вживання наркотиків. Трапляються випадки загибелі від інфекційного ендокардиту жінок, які перебувають в місцях позбавлення волі, або нещодавно звільнені. Шляхи зменшення материнських втрат від інфекційного ендокардиту полягають, по-перше, у виділенні серед вагітних кардіологічною патологією групи ризику щодо цього ускладнення (вроджені вади серця, штучні клапани серця, набуті вади серця зі значною серцевою недостатністю, кардіоміопатії, синдром Марфана, міксоматозна дегенерація мітрального клапана) і проведенні обов'язкової антибіотикопрофілактики під час розродження та у післяродовому періоді; по-друге, у наполегливому тривалому застосуванні сучасних антибіотиків з найліпшими фармакокінетичними характеристиками в разі встановлення діагнозу; по-третє, у залученні до лікувально-діагностичного процесу кардіохірургів з обговоренням можливого варіанту хірургічного втручання, якщо потужна медикаментозна терапія не дає очікуваного ефекту.

Підсумовуючи аналіз випадків материнської смертності від серцево-судинних хвороб, зробимо три загальні висновки.

1. Кардіолог або/та кардіохірург має надавати вагітній жінці із тяжкою кардіологічною патологією кваліфіковану медичну допомогу в тому обсязі, який передбачено для хворих поза вагітністю.

2. Основою підвищення якості спеціалізованої допомоги кардіологічним хворим під час вагітності мають стати національні стандарти, що базуються на принципах доказової медицини.

3. Зменшення материнських втрат від серцево-судинної патології можливе лише за умови об'єднаних організаційних зусиль акушерської та кардіологічної служб.

Автори закликають усіх, від кого це залежить, щодня діяти так, аби гасло «Хвороби серця – не перешкода материнству» перетворилося на реальність акушерсько-кардіологічної практики.

#### Література

1. Гіпертензивні розлади під час вагітності: Клінічний протокол / Наказ МОЗ України від 21.12.2004 р., № 676
2. Медведь В.І. Хвороби серця у вагітних: кардіологічна та акушерська тактика//Лікування та діагностика. – 1998. – № 1. – С. 56-61.
3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 2 (Сборник инструкций). – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995.
4. Слабкий Г.О., Жилка Н.Я. Аналіз стану охорони репродуктивного здоров'я в Україні // Здоровье женщины. -2008. – № 2. – С. 18-21.
5. Стан жіночого здоров'я в Україні (щорічний статистично-аналітичний довідник). – Київ: МОЗ України, Центр медичної статистики, 2000-2008.
6. Abbas A.E., Lester S.J., Connolly H. Pregnancy and cardiovascular system//Int. J. Cardiol. – 2005. – V. 98, № 2. – P. 179-189.

7. Agostini P., Jasparini Y., Destro Y. Acute myocardial infarction probably caused by paradoxical embolus in pregnant woman//Heart. – 2004. – V. 90, № 3. – P. 12

8. Ascarelli M.H., Grider A.R., Hsu H.M. Acute myocardial infarction during pregnancy managed with immediate percutaneous transluminal coronary angioplasty//Obstet. Gynecol. – 1996. – V. 88. – P. 655-657.

9. Dajani A.S., Taubert K.A., Wilson W. et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association // JAMA. – 1997. – V. 77. – P. 1794-1801.

10. Dobbenga-Rhodes I.A., Prive A.M. Assessment and evaluation of the woman with cardiac disease during pregnancy//J. Perinat. Neonat. Nurs. – 2006. – V. 20, № 4. – P. 295-302.

11. Eickman F. M. Acute coronary artery angioplasty during pregnancy // Cathet. Cardiovasc. Diagn. – 1996. – V. 38. – P. 369-372.

12. Elkayam U., Nummala P.P., Rao K. et al. Maternal and fetal outcomes of subsequent pregnancies in women

- with peripartum cardiomyopathy // N. Engl. J. Med. – 2001. – V. 344. – P. 1567-1571.
13. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy//Europ. Heart J. – 2003. – V. 24. – P. 761-781.
14. Garry D., Leikin E., Fleiser A.G. et al. Acute myocardial infarction in pregnancy with subsequent medical and surgical management // Obstet. Gynecol. – 1996. – V. 87. – P. 802-804.
15. Head C.E., Thorne S.A. Congenital heart disease in pregnancy // Postgrad. Med. J. – 2005. – V. 81. – P. 292-298.
16. Heart disease in pregnancy // Ed.by C.M. Oakley. – London, 1996. – 464 p.
17. Ramsey P.S., Ramin K.D., Ramin S.M. Cardiac disease in pregnancy //Am. J. Perinatal. – 2001. – V. 18, № 5. – P. 245-266.
18. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension//Europ. Heart J. – 2007. – V. 28. – P. 1462-1536.

УДК 618.13-002-005.6. 7-085

**А.Я. Сенчук, О.В. Грищенко, А.А. Зелинский, В.И. Пирогова, В.А. Потапов, А.В. Чурилов**  
**ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
**ПРИДАТКОВ МАТКИ**

*г. Киев, Харьков, Одесса, Львов, Днепропетровск, Донецк*

ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПІЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДОДАТКІВ МАТКИ. У статті наведені результати неінтервенційного багатоцентрового порівняльного дослідження ефективності та безпеки препарату дістрептаза в комплексній терапії гострого і хронічного сальпінгоофориту в стадії загострення у жінок різного віку і з різною етіологією захворювання. Результати дослідження свідчать про те, що застосування Дістрептази в комплексному лікуванні ВЗОМТ значно підвищує клінічну і лабораторну ефективність терапії хронічного сальпінгоофориту в стадії загострення. Скорочення термінів лікування, покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування сприятливо відбивається на якості життя пацієнток.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ. В статье приведены результаты неинтервенционного мультицентрового сравнительного исследования эффективности и безопасности препарата дистрептаза в комплексной терапии острых и обострений хронических сальпингоофоритов у женщин разного возраста и с различной этиологией заболевания. Результаты исследования свидетельствуют о том, что применение Дистрептазы в комплексном лечении ВЗОМТ значительно повышает клиническую и лабораторную эффективность терапии хронического сальпингоофорита в стадии обострения. Сокращение сроков лечения, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения благоприятно сказывается на качестве жизни пациенток.

THROMBOLITIC THERAPY OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE ANDEXA. The article describes the results of non-interventional multicentre comparative trial of efficacy and safety of "Distreptaza" in complex treatment of acute and exacerbation of chronic salpingo-oophoritis in women of different age with different etiology of the disease. The results show that usage of Distreptaza in complex treatment of inflammatory diseases of the organs of small pelvis considerably improves clinical and laboratory efficacy of the therapy of chronic salpingo-oophoritis in the stage of exacerbation. Women's quality of life is improved due to shorter terms of treatment, amelioration of short- and long-term outcomes of treatment.

**Ключові слова:** запалення додатків матки, лікування, Дістрептаза.

**Ключевые слова:** воспаление придатков матки, лечение, Дистрептаза.

**Key words:** inflammatory diseases of the adnexa of uterus, treatment, Distreptaza

**ВСТУП.** По данным литературы, пациентки с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) составляют от 60 до 80 % всех гинекологических больных [1-3]. За последние 10 лет заболеваемость возросла в 2 раза, и из всех больных 70 % составляют женщины в возрасте до 25 лет, а из них

75 % - это нерожавшие женщины. ВЗОМТ у молодых нерожавших женщин в 25 % случаев приводят к осложнениям, угрожающим бесплодием. По данным литературы, даже после однократно перенесенного воспалительного заболевания частота бесплодия колеблется от 5 до 18 % [4, 8-11].