

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

щин после экстракорпорального оплодотворения // Медико-социальные проблемы семьи. - 1997. - Т. 2, № 2. - С. 172-177.

6. Assisted Reproductive Technology and pregnancy outcome / T. Shevell, F.D. Malone, J. Vidaver, F. Porter, D.A. Luthy at all. // Obstetrics and Gynecology. -

2005. - Vol. 106, № 1, - P. 1039-1045.

7. Ludwig M. Risk during pregnancy and birth after Assisted Reproductive Technologies: an integral view of the problem // Semin. Reprod. Med. - 2005. - Vol. 23, № 4. - P. 363-369.

CONSEQUENCES AT PREGNANCY EXTRACORPORAL FERTILIZATION

©V.I. Purohova, R.B.S. Marau

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

SUMMARY. The course of pregnancy and labor was analyzed at 114 pregnant women with infertility in anamnesis. Additional data from recent studies demonstrate an increased risk for pregnancy course and obstetric outcome. These risks include an increased risk for intrauterine growth retardation, preeclampsia, miscarriage, and premature birth. It is significant that patients after treatment of infertility as the result of aggregate of the factors related to pathogenesis infertility duration of and previous treatment, age, methods of treatment, high-frequency of multiple gestations belong to the risk groups of maternal and perinatal morbidity. The treatment of complications of gestational process at women after the programs ART, in most cases concerns the care of clinical supervision, timeliness of hospitalization, application of adequate medical and obstetric technologies. New borns from pregnant women as the result of ART requires the adequate clinical supervision because of more frequent, than in general population, complications of neonatal period. **KEY WORDS:** pregnancy, assisted reproductive technologies, fetoplacental complex.

УДК 618.21.3.39:616.12.-007.053.1

АКУШЕРСЬКА ТАКТИКА І ПРОГНОЗ У ВАГІТНИХ ІЗ НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

©А.М. Рибалка, В.О. Заболотнов, В.М. Романець, В.В. Заболотнова

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

РЕЗЮМЕ. У статті проаналізовано 127 пологів у жінок із набутими вадами серця. Хворі поділені на дві групи. Першу групу склали хворі з недостатністю мітрального клапана, другу - з комбінованими вадами серця. Ускладнення під час вагітності і в пологах частіше виникли у хворих другої групи. У них частіше застосовувалося оперативне розродження.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: набуті вади серця, вагітність, пологи, післяпологовий період.

Вступ. Незважаючи на те, що частота ревматичних уражень серця неухильно знижується, вважати дану проблему остаточно вирішеною передчасно [1-2]. Набуті вади серця складають 9,0-15,0 % усіх захворювань серця у вагітних [3]. З них перше місце займає недостатність мітрального клапана, друге - комбіновані вади [4]. Материнська летальність при набутих вадах серця сягає 0,5-1,5%, збільшується перинатальна смертність. У зв'язку з цим подальше вивчення зазначеної проблеми представляє безсумнівно як теоретичний, так і практичний інтерес [5].

Мета дослідження. Проаналізувати особливості перебігу вагітності і пологів, частоту, характер ускладнень і прогноз у жінок із набутими вадами серця; рекомендувати раціональну акушерську тактику.

Матеріал і методи дослідження. Вивчено особливості перебігу вагітності, пологів, стан плода і немовлят у 127 жінок, які страждають ревматичними вадами серця, у віці від 18 до 34 років. Першороділей було 91, повторнороділь - 36. Вони були поділені на дві групи: I група - 107 жінок з недостатністю мітрального клапана, II - 20 жінок з комбінованими вадами. В усіх хворих ревматизм був у неактивній фазі. Всі вагітні були на обліку в жіночій консультації, виділені в групу високого ризику, обстежені у повному обсязі, консультовані терапевтом, кардіологом та іншими фахівцями. Застосовано загальноклінічні, спеціальні акушерські і статистичні методи дослідження.

Результати і обговорення. З 127 хворих 70,8% були госпіталізовані в акушерський стац-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

іонар три рази: при терміні вагітності до 12 тижнів для уточнення діагнозу і вирішення питання про можливість виношування вагітності, в 28-30 тижнів - для профілактики ускладнень другої половини вагітності і кардинальної терапії, в 37-38 тижнів - для пологової підготовки і розродження. Пологи велися за участі терапевта, анестезіолога. Термінові пологи настали у 112 (88,3 %) жінок, запізнili у 3 (2,4 %). Відсоток передчасних пологів у другій групі був значно вищим, ніж у першій (відповідно - 20,0 % і 7,5 %). З метою знеболювання пологів застосовувалися анальгетики у 38 пацієнток (29,9 %), епідуральна анестезія в 24 пацієнток (18,9%). З кардіотонічних засобів вводилися глюкоза, вітаміни, мілдронат,

давали зволожений кисень. Профілактика кровотечі в третьому періоді пологів проводилася шляхом внутрішньом'язового введення 10 ОД окситоцину.

Число ускладнень під час вагітності і пологів (табл. 1) залежало від функціонального стану серцево-судинної системи. Найбільш сприятливою для результату вагітності і пологів у хворих з вадами серця була недостатність мітрального клапана без порушення кровообігу при неактивній фазі ревматичного процесу. Найменш сприятливим виявилася наявність комбінованої вади серця з перевагою стенозу мітрального отвору. У цій групі хворих високий відсоток ускладнень в перебігу вагітності і пологів, опера-

Таблиця 1. Ускладнення під час вагітності й у пологах у жінок із набутими вадами серця

Найменування ускладнень	Число хворих у клінічних групах		Усього від загального числа пологів
	1	2	
Активіація ревматичного процесу	3 (2,8%)	2 (10,0%)	5 (3,9%)
Порушення кровообігу	3 (2,8%)	7 (35,0%)	10 (7,8%)
Загроза передчасного переривання вагітності	16 (15,0%)	2 (10,0%)	18 (14,2%)
Пізнi гестози	7 (6,5%)	2 (10,0%)	9 (7,1%)
Анемія	14 (13,1%)	2 (10,0%)	16 (12,6%)
Передчасні пологи	8 (7,5%)	4 (20,0%)	12 (9,5%)
Запізнili пологи	2 (1,9%)	1 (5,0%)	3 (2,4%)
Аномалії пологової діяльності	7 (6,5%)	2 (10,0%)	9 (7,1%)
Несвоєчасне вилиття навколоплодових вод	39 (30,1%)	3 (15,0%)	42 (33,1%)
Гіпотонічні кровотечі	8 (7,5%)	2 (10,0%)	9 (7,1%)
<u>Види операцій:</u>			
- акушерські щипці	-	4 (20,0%)	4 (3,1%)
- кесарів розтин	18 (16,8%)	3 (15,0%)	21 (16,5%)
- ручне обстеження порожнини матки	8 (7,5%)	1 (5,0%)	9 (7,1%)

тивного розродження. Так, акушерські щипці застосовувалися у 4 (3,1%) породілей. Показаннями до їхнього застосування в однієї хворої стала внутрішньоутробна гіпоксія плода в поєднанні зі слабкістю потуг, у 3-х - стеноз мітрального отвору, що стало показанням для виключення потуг.

Розродження операцією кесаревого розтину зроблено у 3 (2,3 %) жінок другої групи. У двох з них за акушерськими показаннями (вузький таз, слабкість пологової діяльності, не контролювана медикаментозно), в однієї - у зв'язку з порушенням гемодинаміки і погіршенням серцевої діяльності наприкінці вагітності, незважаючи на проведену кардіальну терапію. Загострення ревматичного процесу і порушення кровообігу I-II ступенів під час вагітності сталося у 15 (11,8 %) хворих, переважно у терміни від 28 до 32 тижнів.

В 127 породілей народилося 129 дітей (2 двійні). Хлопчиків 62, дівчинок 67. Маса тіла немовлят була приблизно такою, як і у здорових жінок. У середньому вона склала в доношених 3340,0 гр, у недоношених 2150,0 гр. Стан немовлят за шкалою АПГАР був також приблизно однаковим (у середньому 9 балів). Виняток становили немовлята, матері яких страждали комбінованими вадами серця. Їхній стан за шкалою АПГАР був найнижчим, що, на наш погляд, пов'язано із перебігом основного захворювання у матері і частими випадками оперативного розродження. В асфіксії народилося 9,3 % немовлят (у хворих першої групи - 8; другої - 4). У загальному числі пологів цей відсоток склав 9,5 %. Причиною асфіксії немовлят у 8 породілей стали акушерські ускладнення у пологах (слабкість пологової діяльності, несвоєчасне відходження вод, патологія пуповини), у інших 4 жінок перебіг

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, короткі повідомлення, замітки з практики

вагітності і пологів був без ускладнень. На наш погляд, асфіксія немовлят була пов'язана із хронічною гіпоксією в організмі матері, яка страждає комбінованою вадою серця. У другій групі хворих, при строку вагітності 37 тижнів, мала місце антенатальна загибель плода. У першу добу після пологів одержували лікування в умовах палати інтенсивної терапії 7 (6,3%) немовлят: 4 з першої групи і 3 із другої групи. Перебіг неонатального періоду був пов'язаний з перенесеною внутрішньоутробною гіпоксією у 4 дітей, пневмонією - у 2 і гемолітичною хворобою - у 1.

У післяпологовому періоді 7 породіллям першої групи і 6 другої групи кардіологами і терапевтами з метою профілактики погіршення перебігу основного захворювання й недостатності кровообігу призначалася кардіальна терапія. Незважаючи на це, погіршення серцевої діяльності наступило у 5 хворих (у 1 хворої першої групи і у 4 хворих другої групи). Після проведення інтенсивної терапії їхній стан покращився.

Годування немовлят було дозволено всім жінкам. Слід зазначити, що у однієї третини породілей спостерігалася гіпогалактія.

У післяпологовому періоді інфекційні ускладнення були виявлені в 5 випадках. Діагностовано ендометрит у 2-х випадках, тромбофлебіт поверхневих вен гомілки у 1, післяпологова виразка промежини у 2 породілей. Материнської летальності не відзначено.

Висновки. 1. У жіночих консультаціях вагітних із набутими вадами серця необхідно виділяти в групу високого ризику виникнення акушерської патології.

2. Вагітність і пологи у хворих із набутими вадами серця супроводжуються великою кількістю ускладнень і оперативних втручань, особливо, у хворих з комбінованими вадами.

3. Високий відсоток захворюваності немовлят у спостережуваних нами хворих пов'язаний з наявністю соматичної патології, що визначило збільшення частоти ускладнень під час вагітності і пологів, частоти оперативного розродження.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно спрямувати подальші дослідження на удосконалення кардіальної терапії вагітним з різними видами набутих вад серця, строків розродження, акушерської тактики щодо попередження материнської і перинатальної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология: Пер. с англ., доп. / Под общ. ред. Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. - М.: Гэотар Медицина, 1998. - 719 с.
2. Карпов О.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарственных препаратов при беременности и лактации. - СПб.: Издательство "ДИЛЯ", 2003. - 352 с.
3. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. Второе издание. /Под ред. Элеонор

- Энкин: Пер с англ. - СПб.: Нордмед-Издат, 1999. - 544с.
4. Шехтман М.М. Неотложная помощь при экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: МЕДпресс, 2001. - 80 с.
5. Акушерско-гинекологическая помощь: (Рук-во для врачей) / Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН/ Под ред. В.И. Кулакова. -М.:МЕД-пресс, 2000. - 509 с.

OBSTETRIC TREATMENT AND PROGNOSIS FOR PREGNANT WOMEN WITH ACQUIRED HEART DISEASES

©A.M. Rybalka, V.A. Zabolotnov, V.M. Romanets, V.V. Zabolotnova

Crimean State Medical University named by S.I. Heorhievsky

SUMMARY. 127 deliveries of women with heart acquired valvular disease were analyzed in the article. Patients were divided into two groups. The first group consisted of patients with mitral insufficiency, the second one included combined heart insufficiency. Complications during pregnancy and delivery were more often present at the patients of the second group. Operative delivery was more common for them.

KEY WORDS: combined heart insufficiency, pregnancy, delivery, puerperium.

ЛІКУВАННЯ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ, ЯКІ ВИНИКЛИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ

© Р.А. Сафонов

Харківський державний медичний університет, Харківська обласна клінічна лікарня

РЕЗЮМЕ. Проведено дослідження матково-плацентарної та плацентарно-плодової гемодинаміки у 100 вагітних з аліментарно-конституціональним ожирінням (АКО). Показано, що включення інфузій інстенону й актовегіну та сеансів гіпербаричної оксигенації до схеми лікування плацентарних порушень дозволяє нормалізувати кровообіг в судинах ФПК та скоротити термін медикаментозної терапії, що сприятливо для стану як вагітної, так і плода.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, аліментарно-конституціональне ожиріння, доплерометрія, матково-плацентарна та плацентарно-плодова гемодинаміка, інстенон, актовегін, гіпербарична оксигенація.

Вступ. Проблема ожиріння протягом останніх десятиліть є однією з найбільш актуальних в медицині. В економічно розвинених країнах надлишкова маса тіла спостерігається майже у половини населення, а власне ожиріння виявляється у 30 % популяції [1,6,7]. Серед населення України в віці 20-29 років 32 % жінок мають зайву масу тіла [2,6]. В середньому ця патологія зустрічається серед вагітних в 8,1-15,5 % випадків [2,5,6]. Наявність надлишкової маси тіла вагітної підвищує ризик патологічного перебігу процесу гестації, пологів, післяпологового періоду, частоту народження дітей з фетопатіями, перинатальну захворюваність, яка коливається від 20,7 до 95 % [5,6]. Ланцюг патологічних процесів, що формуються в організмі вагітної з ожирінням, викликає порушення функціонального стану фетоплацентарного комплексу (ФПК). Найбільш повно оцінити стан кровообігу в системі "мати-плацента-плід" дозволяє ультразвукова доплерометрія [3, 8, 9].

Мета дослідження. Удосконалення ранньої діагностики порушень матково-плацентарної та плацентарно-плодової гемодинаміки та їх корекції у вагітних з АКО.

Матеріал і методи дослідження. Під спостереженням знаходились 140 вагітних, у тому числі 100 з АКО і порушеннями функціонального стану ФПК та 40 з нормальною масою тіла (які склали I (контрольну) групу). В II клінічну групу увійшли 40 вагітних з АКО I ступеня. III клінічну групу склали вагітні (40) з АКО II ступеня, IV (20) - з АКО III ступеня. В процесі проведення подальших досліджень II, III та IV групи були розподілені на рівні за кількістю вагітних підгрупи А і Б. Вагітні підгруп А отримували такі препарати: ацетилсаліцилову кислоту - 50 мг на добу, курантил по 0,075 на добу в 3 прийоми, протягом 20 днів, внутрішньовенні інфузії реополіглюкіну по 200 мл через день № 5 та кокарбоксілазу по 100 мг

в/в на 20 мл 40 % розчину глюкози № 10 щоденно. Вагітним підгруп Б в комплексну терапію включались ацетилсаліцилова кислота 50 мг на добу 10 днів, внутрішньовенні інфузії інстенону та актовегіну, що чергувались (5 мл актовегіну на 200 мл 5 % розчину глюкози через день № 5 і 2 мл інстенону на 200 мл 5 % розчину глюкози через день № 5) та 4 сеанси кисневої терапії в режимі гіпербаричної оксигенації (ГБО) в терапевтичній барокамері БЛ-3 "ОКА-МТ" під тиском 0,5-1 атм щодобово по 60 хв на фоні антиоксидантної дії -токоферолу ацетату (0,2-0,5 1 раз на добу) та активації аеробного окислювання кокарбоксілазою (по 100 мг в/в № 10 на 20 мл 40 % розчину глюкози).

Доплерометричне дослідження матково-плацентарно-плодової гемодинаміки проводили з застосуванням апарату "VOLUSON pro" виробництва концерну GE (США). Дослідження проводилось у положенні вагітної на боці з метою запобігання розвитку синдрому здавлення нижньої порожнистої вени. Доплерометричне дослідження кривих швидкостей кровотоку (КШК) проводилось в артерії пуповини (АП) і в маткових артеріях (МА), вивчалось систоло-діастолічне відношення (СДВ) - кутонезалежний індекс судинного опору [4]. Для певного встановлення контрольного об'єму та ідентифікації МА включався триплексний режим сканування В+CFM+D- режим (D-спектральний доплер). Ідентифікація АП частіше здійснювалася з використанням дуплексного сканування (В+D-режим) відповідно до вимог стандартів безпеки проведення досліджень в акушерстві [8,9]. Динамічне доплерометричне дослідження КШК проводилося через день протягом 20 днів на тлі різних видів терапії.

Результати й обговорення. При доплерометричному дослідженні у жінок контрольної групи змін гемодинаміки матково-плацентарно-