Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных первое место (80%) занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе приобретенные и врожденные пороки сердца, оперированное сердце, гипертоническая болезнь артериальная гипотензия, приобретенные ревматические пороки сердца.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ сердца встречаются у 7-8% беременных. Для прогнозирования исходов беременности н родов имеют значение активность ревматического процесса. форма и стадия развития порока, компенсация или декомпенсация кровообращения, степень легочной гипертензии, нарушение ритма, а также присоединение акушерской патологии. Все эти данные определяют выбор акушерской тактики во время беременности, родов и в послеродовом периоде. ревматологи отмечают, что в настоящее время преобладают стертые формы ревматического процесса, в связи с чем диагностика их на основании клинических, гематологических. иммунобиологических исследований представляет большие трудности Д и а г н о з активного ревматизма во время беременности также затруднителен. В связи с этим женщин, перенесших последнее обострение ревматизма в ближайшие 2 года до наступления беременности, следует относить к группе высокого риска. Обострение очаговой инфекции, острые респираторные заболевания у беременных с ревматическими пороками сердца могут способствовать обострению ревматизма. В последнее время для диагностики активного ревматизма у беременных и родильниц применяют цитологический и иммунофлюоресцентный методы, обладающие высокой диагностической ценностью. Особенно это относится ко второму методу, основанному на определении антител против стрептолизина О в грудном молоке и в молозиве с помощью реакции непрямой иммунофлюорестенции . Во время беременности и в послеродовом периоде ревматический процесс протекает волнообразно. Критические периоды обострения ревматизма соответствуют ранним срокам беременности до 14 нед затем срокам от 20 до 32 нед и послеродовому периоду. Течение ревматизма во время беременности можно связать с колебаниями экскреции кортикостероиднных гормонов, До 14-й недели экскреция кортикостероидов находится обычно на низком уровне. с 14.й по 28-ю неделю она увеличивается примерно в 10 раз, а на 38-40-й неделе возрастает примерно в 20 раз и возвращается к исходному уровню на 5-6-й день послеродового периода. Поэтому профилактическое противорецидивное лечение целесообразно приурочивать к критическим срокам. Особо следует выделить церебральную форму ревматизма, протекающую с преимущественным поражением центральной нервной системы. Беременность может провоцировать рецидивы хореи. развитие психозов. гемиплегии вследствие ревматического васкулита головного мозга. При этой форме ревматизма наблюдается высокая летальность. достигающая 20-25%. Возникновение беременности на фоне активного ревматического процесса весьма неблагоприятно, и в ранние сроки рекомендуется ее прерывание (искусственный аборт) с последующей антиревматической терапией. В поздние сроки беременности предпринимают досрочное родоразрешение, В этом случае наиболее щадящим методом родоразрешения является кесарево сечение с последующей противорецидивной терапией. Выбор акушерской тактики у беременных с ревматическими пороками сердца зависит от функционального состояния сердечнососудистой системы. При беременности система кровообращения должна обеспечить потребности развивающегося плода. Гемодинамические сдвиги закономерно развивающиеся при физиологической беременности могут привести к сердечной недостаточности.

МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, Интенсивность сердечной деятельности у беременных возрастает с 12, 13 нед и достигает максимума к 2030-й неделе. Примерно у 85о% ЭТИХ больных отмечаются признаки сердечной недостаточности. Наиболее часто они появляются или начинают нарастать именно с 12-20-й недели беременности. Восстановление гемодинамики начинается у родильниц лишь через 2 нед после родов. больных митральным стенозом во время беременности в связи с физиологической гиперволемией, которая усиливает легочную гипертензию. возрастает опасность отека легких. При этом ни один способ родоразрешения (с помощью акушерских щипцов, путем кесарева сечения) не помогает , пировать отек легких. Наиболее надежным выходом для обеспечения благоприятного исхода в таких случаях является митральная комиссуротомия. Эту операцию в зависимости от ситуации можно рекомендовать в 3 вариантах. Первый вариант: производится искусственный аборт и затем митральная комиссуротомия (после первой менструации) ; через 5-6 мес. после успешной операции на сердце можно допустить повторную беременность. Второй вариант, производится митральная комиссуротомия во время настоящей беременности в любые ее сроки (при некупирующемся медикаментозном отеке легких) , но лучше на 24, 32-й неделе, когда опасность спонтанного прерывания беременности как реакция на хирургическую травму меньше (вследствие достаточной релаксации матки) . Третий вариант; производится кесарево сечение на 30 -40-й неделе беременности при достаточной зрелости плода) и одноэтапно (после родоразрешения) митральная комиссуротомия. Операция митральной комиссуротомии во время беременности оказывается более радикальной вследствие декальциноза створок клапана н большей податливости к разъединению подклапанных спаек.

МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. Беременность при этой патологии протекает значительно легче. Обычно заканчивается спонтанными родами. При резко выраженной митральной недостаточности со значительной регургитацией и резким увеличением левого желудочка беременность протекает тяжело и может осложниться развитием острой левожелудочковой недостаточности. У таких женщин с ранних сроков беременности появляются или нарастают признаки сердечной недостаточности, к которым, как правило, присоединяется тяжелая нефропатия с торпидным течением. Медикаментозная терапия сердечной недостаточности в этих случаях малоэффективна, поэтому применяют или прерывание беременности в ранние сроки искусственный аборт, малое кесарево сечение) или досрочное родоразрешение в плановом порядке абдоминальным путем. В последующем больной рекомендуется хирургическое лечение порока сердца. В нашей стране имеется опыт имплантации шарикового протеза и аллотрансплантата у больных с декомпеисироваиной митральной недостаточностью во время беременности. Даже таким больным после прерывания беременности вагинальным путем рекомендуют применение внутриматочной спирали, а при абдоминальном способе производят стерилизацию.

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ. Среди приобретенных пороков сердца у беременных это заболевание заслуживает внимания. Беременность и роды можно допустить лишь при отсутствии выраженных признаков гипертрофии левого желудочка и симптомов недостаточности кровообращения, поскольку компенсация порока происходит за счет концентрической гипертрофии мышцы левого желудочка, утолщения его стенки. В случаях тяжелого течения аортального стеноза, когда необходима хирургическая коррекция порока , замена пораженного клапана протезом, возможность вынашивания беременности решается после операции. Аортальная недостаточность по сравнению с аортальным стенозом является менее тяжелым пороком, так как при нем длительное время сохраняется компенсация кровообращения. Однако в связи с изменением гемодинамики вследствие беременности и частым присоединением позднего токсикоза течение аортальной недостаточности может быть более тяжелым. у больных с аортальными пороками сердца беременность н роды через естественные родовые пути допустимы только в стадии компенсации кровообращения, Во втором периоде родов в целях снижения стимулирующего действия родов на развитие порока показано выключение потуг с помощью наложения акушерских щипцов. При симптомах сердечной недостаточности беременность следует считать недопустимой Возникшая беременность подлежит прерыванию, Если же беременность достигла большого срока. наиболее рациональным является досрочное родоразрешение абдоминальным путем со стерилизацией.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА также имеют значение в прогнозе беременности и родов, следует иметь в виду, что сама по себе беременность может быть причиной появления аритмий. Так, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия у беременных могут наблюдаться без каких-либо органических изменений миокарда. Они встречаются у 18,3% беременных, Присоединение позднего токсикоза в еще большей степени способствует появлению или усилению аритмий. На исход беременности существенного влияния не оказывают. Мерцательная аритмия в сочетании с органической патологией сердца, в частности с митральным стенозом, является противопоказанием к вынашиванию беременности, при этом имеет значение способ ее прерывания. Кесарево сечение для этих больных представляет большую опасность. чем родоразрешение через естественные родовые пути, из-за возможной тромбоэмболии в системе легочной артерии. Напротив, нарушения атриовентрикулярной проводимости (неполная и полная блокада сердца) сами по себе не представляют опасности для беременной. Более того, у этих больных беременность, как правило. вызывает учащение желудочкового ритма предупреждая тем самым опасность возникновения приступов Адамса Стокса Морганьи. Лишь при очень редком пульсе 35 и менее в 1 мин во втором периоде родов в целях ускорения родовой деятельности выключают потуги с помощью наложения акушерских щипцов, При выборе антиаритмических препаратов для беременных необходимо учитывать также отрицательное действие некоторых из них (хинидин, новокаинамид, атропина сульфат и др.) на возбудимость матки и состояние плода.

ПРОЛЯПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА. Пролапс митрального клапана это прогибание створок митрального клапана в левое предсердие в систолу желудочков. Легкая степень пролабирования устанавливается с помощью эхокардиографии. Выраженный синдром пролапса митрального клапана диагностируется на основан,и клинических данных и фонокардиографии В зависимости от степени пролабирования створок развивается та или иная степень недостаточности замыкательной функции митрального клапана с регургитацией крови в полость левого предсердия. Клинические проявления этой патологии очень разнообразны от бессимптомного течения до выраженной клинической картины. Наиболее выраженные симптомы отмечаются у больных с пролабированием обеих створок митрального клапана. В настоящее время впервые изучено течение данного синдрома в сочетании с беременностью установлено, что нерезко выраженное прогибание задней стенки митрального клапана, а следовательно, н нерезко выраженная регургитация уменьшаются с увеличением срока беременности и возвращаются к исходному состоянию через 4 нед после родов. Это можно объяснить физиологическим увеличением полости левого желудочка при беременности, что изменяет размер, длину и степень натяжения хорд. Тактика ведения родов такая же, как о при физиологической беременности. резко выраженное пролабирование створок с большой амплитудой прогибания во время беременности протекает без существенной динамики. У этих больных в связи с выраженностью кардиологической симптоматики потуги во время родов необходимо выключать путем наложения акушерских щипцов. При сочетании акушерской патологии (слабость родовой деятельности и длительные, крупный плод6 резкое напряжение при потугах и др.) родоразрешению с помощью кесарева сечения.

МИОКАРДИТЫ различной этиологии у беременных наблюдаются относительно редко. Среди них чаще встречаются постинфекционные миокардиты, которые протекают относительно легко и у беременных иногда принимают длительное течение, могут сопровождаться стойкой экстрасистолией. Сами миокардиты при отсутствии клапанных пороков сердца редко приводят к развитию сердечной недостаточности. Постинфекционные миокардиты в ряде случаев поддаются лечению, и беременность может закончиться родами (чаше преждевременными) . Если же миокардит осложняется мерцательной аритмией. то возникает опасность возникновения тромбоэмболических осложнений. При тяжелом течении миокардита в ранние сроки беременности (производят искусственный аборт до 12 нед в поздние сроки кесарево сечение (малое или досрочное) . Особую опасность при беременности представляют кардиомиопатии. В последние годы у беременных чаше стал выявляться идиопатический субаортальный гипертрофический стеноз. Этиология этого заболевания неизвестна, нередко наблюдаются семейные случаи. При беременности может наступить резкое ухудшение состояния, возможна даже смерть после родов. Но. несмотря на это. при незначительной и умеренной обструкции, при правильном ведении больных вынашивание беременности возможно. Отдаленный прогноз у больных с кардиомиопатией неблагоприятный. поэтому повторную беременность допускать не следует. В случаях тяжелого течения кардиомиопатии рекомендуется прерывание беременности независимо от ее сроков.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. Беременность в сочетании с гипертонической болезнью встречается в 1-3о% случаев. Только при легкой форме гипертонической болезни, когда гипертензия нерезко выражена и непостоянна, при отсутствии органических изменений в сердце т. е. при 1 стадии развития болезни, беременность и роды могут протекать нормально. При стойкой гипертензии и значительном повышении артериального давления (11А стадия) беременность ухудшает клиническое течение гипертонической болении. , больных с 111 стадией заболевания способность к зачатию резко снижается, а если беременность все же наступает, то, как правило, заканчивается самопроизвольным абортом или гибелью плода. Течение гипертонической болении во время беременности имеет свои особенности. Так, у многих больных 1-11А стадией заболевания на 15, 16.й неделе беременности артериальное давление снижается (часто до нормальных показателей) , что объясняется депрессорным влиянием сформировавшейся плаценты. У больных же 11Б стадией такого снижения давления не наблюдается. После 24 нед давление повышается у всех больных и при 1 и 11А, и 11 Б стадиях, На этом фоне часто (в 50% ) присоединяется поздний токсикоз. В связи со спазмом маточно-плацентарных сосудов ухудшается доставка к плоду необходимых питательных веществ н кислорода. что создает задержку развития плода. у каждой 4, 5.й больной наблюдается гипотрофия плода, Частота внутриутробной гибели плода достигает 4,1 о%. , этих больных также имеется большая угроза возникновения преждевременной отслойки нормально прикреплений плаценты. Преждевременное прерывание беременности (самопроизвольное и оперативное) составляет 23% . Во время родов может развиться гипертонический криз с кровоизлиянием в различные органы и в мозг. Нефропатия часто переходит в эклампсию. Поэтому своевременная диагностика гипертонической болезни у беременных является наилучшей профилактикой перечисленных заболеваний. Это возможно осуществить при следующих условиях: ранней обращаемости в женскую консультацию, осмотре больной терапевтом с обращением внимания на все подробности анамнеза заболевания (начало, течение, осложнения н т. д.) ; измерение АД, выполнении рентгеноскопии (для выяснения степени увеличения левого желудочка и аорты) . а также ЭКГ. Акушерская тактика при гипертонической болезни: у тяжелобольных, страдающих стойкими формами заболевания (11 Б, 111 стадия) , производят прерывание беременности в ранние сроки (искусственный аборт с последующим введением в матку противозачаточной спирали) , при обращении в поздние сроки беременности и настойчивом желании иметь ребенка показана госпитализация. В стационаре для таких больных особенно важен хорошо поставленный лечебно-охранительный режим. Важнейшим принципом современного л е ч е н и я гипертонической болезни является применение таких средств, гипотензивное действие которых осуществляется через разные звенья аппарата. регулирующего артериальное давление, В связи с этим назначают препараты, воздействующие на вазомоторные центры гипоталамической области и продолговатого мозга дибазол, катапресан, клофелин) . Могут быть показаны блокаторы 6-адренергических рецепторов (нидерал, обзидан) . Наиболее сильное гипотензивное действие оказывают средства, тормозящие проведение нервных импульсов на уровне вегетативных ганглиев (гексоний. пентамин, пирилен и др.) . Большое значение имеют также третья и четвертая группы средств. уменьшающих миогенный тонус сосудов (папаверин. апрессин, антагонисты кальция: нифедипин или коринфар) , диуретики тиазидового ряда; фуросемид и антагонисты альдостерона (альдактон, верошпирон) . При этом диуретики назначают при отсутствии у беременной гиповолемии. Не исключается н магнезиальная терапия. особенно при расстройствах мозгового кровообращения. Наличие значительного числа гипотензивных средств, с помощью которых можно более или менее энергично снижать артериальное давление, обязывает врачей к правильному, строго обоснованному н максимально индивидуализированному их применению. Необходимо четко знать фармакодинамику имеющихся препаратов, их положительные и некоторые нежелательные воздействия на организм матери и плода. Кроме того, больным показаны гипохлоридная диета и ограничение жидкости до 800 мл в сутки. Эффективность медикаментозных средств можно усилить применением гипербаротерапии. Во время родов необходимо проведение анестезиологического пособия с применением атарактиков (тазепам) , спазмолитиков (паповерин) и наркотических средств (промедол) . Если роды проводятся без управляемой гипотензии. то больная продолжает получать гипотензивную терапию (дибазол и папаверин внутримышечно) . Во втором периоде родов производят выключение потуг с помощью акушерских щипцов под ингаляционным наркозом фторотан) . Кесарево сечение применяют у больных с расстройством мозгового кровообращения или при акушерской патологии (тазовое предлежание у первородящей в возрасте 30 лет и старше, слабость родовой деятельности и др.) . Отдаленные результаты свидетельствуют о том, что после родов, особенно в случаях присоединения нефропатии, нередко заболевание прогрессирует.