

Таким образом, определение уровня антирезус-антител у резус-иммунизированных пациенток не может использоваться как диагностический и прогностический критерий развития анемической формы гемолитической болезни плода.

#### Литература

1. Касько Л.П. и соавт. Изосерологическая несовместимость матери и плода по системе Rh-Hr (этиопатогенез, диагностика, лечение и профилактика). – Минск: БелМАПО, 2009. – 46с.

2. Коноплянников А.Г. Гемолитическая болезнь плода при резус-сенсibilизации: современные аспекты диагностики, лечения и профилактики. // Акуш. и гин. – 2005. – № 6. – С. 63-68.

3. Новиков Д.К., Новиков П.Д. Клиническая иммунология. Учебное пособие. – Витебск: ВГМУ, 2006. – 392 с.

4. Mari, G. (2000), Noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization. N. Engl. J. Med, no. 342, pp. 9-14.

## БЕРЕМЕННОСТЬ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

<sup>1</sup>Белуга М.В., <sup>1</sup>Курлович И.В., <sup>1</sup>Юркевич Т.Ю., <sup>1</sup>Демидова Р.Н.,

<sup>1</sup>Зубовская Е.Т., <sup>2</sup>Белуга В.Б., <sup>1</sup>Овчинникова Л.Ф.

<sup>1</sup>ГУ «РНИЦ «Мать и дитя»

<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В западных странах сердечно-сосудистые заболевания осложняют течение беременности у 0,2–4% женщин [1], а число пациенток, у которых возникают проблемы со стороны сердца во время беременности, увеличивается. Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений при беременности имеет большое значение, что определяет необходимость разработки соответствующих рекомендаций. При лечении беременных женщин следует учитывать, что любые терапевтические вмешательства оказывают действие не только на мать, но и на плод. Соответственно, медикаментозная терапия, улучшающая состояние матери, может сопровождаться ухудшением состояния ребенка, а в некоторых случаях — даже внутриутробной смертью плода. С другой стороны, безопасный для плода метод лечения может оказаться субоптимальным для женщины [2].

*Цель исследования* – изучить особенности течения беременности и родоразрешения беременных с врожденными пороками сердца.

*Материал и методы исследования.* В РНПЦ «Мать и дитя» обследована 51 женщина с врожденными пороками сердца в возрасте от 18 до 39 лет, медиана возраста составила 24 года (95% ДИ 24,3 – 27,1), а также 20 пациенток контрольной группы (медиана возраста – 25 лет, 95% ДИ 24,7 – 28,3). Пациентки наблюдались в сроке гестации с 7 до 40 недель. Обе группы были сопоставимы по возрасту, росту, индексу массы тела до беременности, социальному статусу, а также паритету беременностей и родов.

Структура врожденных пороков была следующей: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) встречался у 14 (27,5%) пациенток, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - у 6 (11,8%), открытый артериальный проток (ОАП) - у 4 (7,8%), стеноз устья легочной артерии (СУЛА) - у 7 (13,7%), бicuspidальный аортальный клапан (БАК) и другие пороки аортального клапана (АК) - у 5 (9,8%), тетрада Фалло – у 4 (7,8%), коарктация аорты в сочетании с другими пороками аортального клапана, сочетания дефектов перегородок, атриовентрикулярная коммуникация и другие сложные сочетанные пороки встречались у 11 (21,6%) беременных. Оперативное лечение порока до беременности было выполнено у 28 пациенток (54,9%).

Легочная гипертензия (ЛГ) осложняла течение заболевания у 10 пациенток (19,6%), причем у 5 из них в анамнезе была произведена хирургическая коррекция порока.

Функциональный класс недостаточности кровообращения (НК) по классификации New York Heart Association (NYHA) у 50 пациенток соответствовал I-II функциональному классу (ФК), состояние I беременной было оценено как ФК III.

Оценка степени недостаточности кровообращения (НК) по классификации Н.Д. Стражеско, В.Х. Василенко, Г.Ф. Ланга у трех пациенток была определена как НК IIa, у остальных 48 – НК 0-I.

В 24 (47%) случаях беременность была первой, в 19 (37,3%) – второй, 8 (15,7%) женщин имели в анамнезе 2 и более беременностей.

Осложнения гестации встречались в различных сочетаниях у 28 (54,9%) пациенток, в том числе: угроза прерывания беремен-

ности на различных сроках беременности – у 7 (25%), хроническая фетоплацентарная недостаточность – у 4 (14,3%), анемия – у 10 (35,7%), инфекционные заболевания во время беременности – у 5 (17,9%) женщин.

*Результаты и обсуждение.* Основными критериями оценки эффективности проведенного наблюдения являлись исходы беременности и родов для матери и плода. В таблице 1 представлены исходы беременности и родов у обследованных женщин.

Продолжительность гестации у женщин с ВПС была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой ( $37,6 \pm 0,46$  и  $38,9 \pm 0,19$  недель, соответственно) ( $p < 0,05$ ), частота преждевременных родов у женщин с ВПС была достоверно выше и составляла 14,3% (7 случаев) ( $p < 0,05$ ). Родоразрешение путем операции кесарева сечения также достоверно чаще производилось у пациенток основной группы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1 – Исходы беременности и родов у обследованных женщин

Оцениваемый показатель	Результаты в группах	
	Основная группа (n=51)	Контроль (n=20)
Продолжительность гестации, нед ( $M \pm m$ )	$37,6 \pm 0,46^*$	$38,9 \pm 0,19$
Преждевременные роды, n (% от беременностей, закончившихся родами)	7 (14,3%)*	-
Прерывание беременности по жизненным показаниям со стороны матери до 22 недель, n (%)	2 (3,9%)	-
Кесарево сечение, n (% от беременностей, закончившихся родами)	31(60,8%)*	2 (10%)
Масса новорожденных, г	$3042 \pm 115,1^*$	$3443 \pm 97,0$
Оценка по шкале Апгар, баллы:		
- в конце 1 минуты	$7,8 \pm 0,13$	$8,0 \pm 0,04$
- в конце 5 минуты	$8,2 \pm 0,08$	$8,5 \pm 0,1$
Количество детей, нуждавшихся в ИВЛ, n (%)	7(14,3%)*	0

Примечание:

\* – статистически значимые различия по сравнению с контрольной группой,  $p < 0,05$ ;  $M \pm m$  – среднее  $\pm$  стандартная ошибка

Значительное увеличение частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения в основной группе исследованных пациентов по сравнению с контролем объясняется сроком гестации на момент определения показаний, в т.ч. для досрочного родоразрешения, а также динамикой клинических проявлений ВПС.

Масса новорожденных детей в основной группе была достоверно ниже, чем в контрольной, и составляла  $3042 \pm 115,1$  грамм, в контрольной группе  $-3443 \pm 97,0$  грамм. Также дети от пациенток с ВПС достоверно чаще нуждались в искусственной вентиляции легких, что связано с рождением недоношенных детей у данной группы беременных.

*Выводы.* Проведенный анализ свидетельствует в большинстве случаев о благоприятном течении и исходах гестации на фоне врожденного порока сердца в случае его компенсации в процессе прегравидарной подготовки. Высокая частота осложнений беременности и преждевременных родов указывает на необходимость тщательного комплексного наблюдения и определения индивидуальной тактики ведения пациентки совместно врачами смежных специальностей, что способствует реализации репродуктивной функции женщин с врожденными пороками сердца. Досрочное родоразрешение связано с сердечно-сосудистыми осложнениями на фоне врожденного порока сердца, особенно при наличии сложных сочетанных пороков сердца и формировании легочной гипертензии.

#### Литература

1. Воскресенский, С.Л. Беременность и роды у женщин с заболеваниями сердца / С.Л. Воскресенский, Т.Д. Тябут, А.Г. Мрочек, А.Н. Барсуков // Минск, БелМАПО. – 2004. - 66 с.
2. Егорян, Д.С. Оптимизация подходов к ведению беременных, страдающих врожденными пороками сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Д.С. Егорян; Ростов. гос. мед. университет.-Ростов-на-Дону, 2006. – 24 с.