

Н. Ф. РЫБИНА

ЗАБОЛЕВАНИЯ
СЕРДЦА
И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Н. Ф. РЫБКИНА,
кандидат медицинских наук*

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

ГОРЬКОВСКОЕ КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1960

За помощь и руководство в работе, которая выполнялась на кафедре госпитальной терапии лечебного факультета и кафедре акушерства и гинекологии Горьковского медицинского института, выражаю глубокую благодарность профессорам В. Г. Вогралику и Г. К. Черепакину.

А В Т О Р.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема беременности при заболеваниях сердца была и остается одной из важнейших в современной медицине. Разрешение ее крайне важно для блага многих тысяч молодых женщин.

Предлагаемая вниманию читателей книга «Заболевания сердца и беременность» написана на основе углубленного изучения литературы по данному вопросу и клинического анализа собственных наблюдений автора.

В книге заостряется внимание на физиологических изменениях в организме беременной женщины, на некоторых особенностях гемодинамики у рожениц и родильниц.

Особое внимание автор уделяет клинике и терапии заболеваний сердца при беременности, ведению беременности, родов и послеродового периода при комбинированном митральном пороке сердца, недостаточности митрального клапана, заболеваниях мышцы сердца.

В книге также освещаются вопросы ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин, перенесших операцию митральной комиссуротомии.

Автор книги Н. Ф. Рыбкина, заведующая кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета Горьковского медицинского института, в течение многих лет работала на кафедре госпитальной терапии в качестве ординатора, ассистента, доцента. На этой кафедре она получила степень кандидата медицинских наук.

Одновременно с работой на кафедре госпитальной терапии в течение двадцати лет Н. Ф. Рыбкина являлась постоянным консультантом и неизменным участником в работе акушерско-гинекологической клиники Горьковского медицинского института и многих родильных домов г. Горького.

Книга содержит много практических советов и указаний, которые, несомненно, помогут врачам-терапевтам и акушерам-гинекологам в их практической работе.

Книга доцента Н. Ф. Рыбкиной может быть рекомендована вниманию широкой врачебной общественности.

*Проф. В. Г. ВОГРАЛИК,
проф. Г. К. ЧЕРЕПАХИН.*

akusher-lib.ru

ВВЕДЕНИЕ

С первых дней существования Советской власти партия и правительство проявляют неустанную заботу о здоровье женщины.

31 декабря 1917 года впервые в мире, был издан декрет, по которому охрана материнства и младенчества признана «прямой государственной обязанностью».

Декрет от 31 января 1918 года призывал всех советских граждан к созданию «тех форм охраны младенчества, которые должны сохранить ребенку мать и матери — ребенка».

Охрана интересов матери и ребенка нашла яркое выражение в нашей Конституции. В соответствии со статьей 122 Конституции СССР советским женщинам предоставляются все экономические и политические права наравне с мужчиной. Обеспечивается государственная охрана интересов матери и ребенка путем предоставления женщине отпусков по беременности с сохранением содержания, развертывания широкой сети родильных домов, детских яслей и детских садов.

В кодексе законов о труде для беременной женщины и женщины-матери предусматривается ряд льгот. В частности, предоставляется дородовой и послеродовой восьминедельный отпуск с сохранением полного заработка за все это время, при бесплатной врачебной помощи. Дается время на кормление ребенка, через каждые три часа работы, не менее получаса.

В период Великой Отечественной войны, когда наша страна переживала экономические трудности, забота о женщине-матери была повседневной. В 1944 году Президиум Верховного Совета СССР издал ряд постановлений об увеличении государственной помощи многодетным и одиноким матерям, об увеличении льгот для беременных женщин, матерей, о мерах по расширению сети учреж-

дений охраны материнства и детства, об учреждении «Медали материнства» и ордена «Материнская слава», об установлении почетного звания «Мать-героиня» с вручением ордена «Мать-героиня» и грамоты Президиума Верховного Совета СССР.

27 марта 1956 года был издан новый Указ Президиума Верховного Совета СССР, согласно которому отпуск по беременности и родам увеличивается с 77 до 112 календарных дней. Продолжительность отпуска устанавливается в 56 дней до родов и в 56 дней после родов, с выдачей за этот период пособия. В случае патологических родов или рождения двух и более детей отпуск после родов увеличивается до 70 календарных дней.

Заботой партии и правительства о здоровье советских людей проникнуто и Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР».

Будет значительно расширена сеть медицинских учреждений, детских яслей, детских садов, школ-интернатов. Увеличится выпуск медицинского оборудования, что позволит улучшить оснащение кардиологических кабинетов и расширить их организацию при женских консультациях и в палатах беременных при родильных домах.

Медицинские работники, воодушевленные историческими решениями XXI съезда КПСС и Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР», должны сделать все для того, чтобы женщина была счастливой матерью, активным участником строительства коммунистического общества.

Благодаря огромной заботе партии и правительства о женщине-матери и созданию единой системы по охране материнства и младенчества встает вопрос о возможности более широкого разрешения материнства женщинам с заболеваниями сердца.

Данная работа имеет цель осветить основные принципы ведения беременности и родов у женщин с различными заболеваниями сердца и дать ряд практических предложений, которые помогли бы сохранить беременность у женщин с заболеваниями сердца и позволили бы им испытать счастье материнства.

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

С началом беременности в организме женщины происходит ряд изменений, которые в отдельные сроки беременности неодинаковы. Они заключаются в гиперфункции основных систем, накладывают особый отпечаток на обмен веществ, работу эндокринных желез и т. д.

Ведущая роль в регуляции этих процессов принадлежит центральной нервной системе.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Функция коры головного мозга, характер течения в ней основных нервных процессов оказывают огромное влияние на весь организм беременной женщины.

Работами П. П. Лазарева, В. С. Поволоцкой, Н. Е. Логиновой, Ф. П. Ханина, Д. А. Ширмана установлено, что примерно на третьем-четвертом месяце беременности, особенно за 12 дней до родов и к началу родовой деятельности, происходит понижение возбудимости коры головного мозга. Параллельно с этим повышается возбудимость спинного мозга и рефлекторная возбудимость матки.

С. Н. Астахов, Л. И. Ковалева, А. Т. Пшоник доказали, что условные рефлексы, быстрота их образования и точность дифференцировок снимаются по мере роста беременности.

Изменения могут проявляться в виде различного рода вегетативных расстройств. В первые месяцы чаще наблюдается ваготония и нередко имеются жалобы беременных на тошноту, рвоту, слюнотечение, извращение вкуса. В последующие месяцы беременности преобладает тонус симпатического отдела, что объясняется влиянием увеличивающейся продукции адренокортикотропного и надпочечниковых гормонов.

Основную роль во всех этих изменениях играет взаимосвязь между основными корковыми процессами.

Большую роль в перестройке организма беременной женщины играет вторая сигнальная система и ее взаимодействие с первой. Слово и эмоциональное воздействие оказывают значительное влияние на организм беременной женщины. Психика беременной особенно ранима. Нередко достаточно самых незначительных причин, чтобы нарушить неустойчивое психическое равновесие. Внешняя среда, семейные, бытовые условия также оказывают влияние на организм беременной. Ничтожный по своей силе корковый стимул может вызвать грандиозные сдвиги в организме.

Следовательно, изменения в организме беременной женщины многообразны и во многом они зависят от состояния центральной нервной системы беременной.

Что же происходит в период беременности в различных органах и системах?

ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

С наступлением беременности происходят большие изменения в железах внутренней секреции.

Влияние гипофиза на половые железы выражено особенно резко. Во время беременности в гипофизе происходят большие анатомические и гистологические изменения.

Вес передней доли гипофиза увеличивается в два с половиной—три раза и достигает 1,06 г, тогда как вне беременности вес всего гипофиза равен 0,5 г. Физиологическая гипертрофия гипофиза при беременности сводится к гипертрофии и к гиперплазии главных клеток передней доли, которые превращаются в крупные, прозрачные «клетки беременности».

Передняя доля гипофиза, наряду с другими гормонами, вырабатывает гонадотропные гормоны, которые воздействуют на половые железы, обуславливают их деятельность и имеют большое значение при беременности.

Известным гонадотропным действием обладает и гормон пролактин, который способствует увеличению выделения молока молочными железами в послеродовом периоде.

Усиленной функциональной деятельностью гипофиза объясняются признаки физиологического акромегализма, исчезающие после родов.

Основными действующими веществами питуитрина являются гормоны: окситоцин, стимулирующий сократительную деятельность матки, и вазопрессин, вызывающий сужение капилляров и повышение кровяного давления. Окситоцин и вазопрессин заслуживают особого внимания во время беременности.

Питуитрин оказывает влияние на характер и интенсивность обмена веществ у беременных женщин.

С наступлением беременности наблюдаются значительные изменения в яичниках. Прекращается овуляция, желтое тело продолжает прогрессивно увеличиваться и в этом случае носит название желтого тела беременности. Гормон желтого тела — прогестерон — во время беременности выделяется в больших количествах. Действие его очень многообразно. Он подготавливает слизистую оболочку матки к восприятию оплодотворенного яйца, создает возможность к превращению ее слизистой оболочки в децидуальную. Прогестерон влияет через нервные центры гипоталамической области на гонадотропную секрецию гипофиза, понижает возбудимость мышечных элементов матки и тем самым обеспечивает неподвижность ее стенок. Вместе с другими гормонами он тормозит овуляцию, способствует гипертрофии молочных желез. Желтое тело беременности увеличивается и находится в стадии расцвета приблизительно до 24-й недели беременности, после чего постепенно превращается в маленькое белесоватое тельце. Гормон прогестерон, во второй половине беременности, уже вырабатывается плацентой.

Помимо этого, в плаценте образуется значительное количество экстрагенных гормонов, которые известны в

трех фракциях: эстрадиол, эстрон, эстриол. С ростом беременности количество их в крови увеличивается, и они в большом количестве выделяются с мочой.

Эстрогены сенсибилизируют матку к питоцину — к гормону задней доли гипофиза.

В плаценте вырабатывается хориальный гонадотропин, который вызывает удлинение фазы расцвета желтого тела беременности. Гормоны плаценты принимают активное участие в регуляции обмена веществ.

В щитовидной железе изменения во время беременности начинаются с окончания формирования плаценты и выражаются в увеличении ее объема.

Многие ученые, занимающиеся изучением роли щитовидной железы во время беременности, отмечают, что увеличение железы наблюдается не во всех случаях (Селицкий, Гентер, Ланге, Зейтц и др.). Нет единого мнения и о сущности происходящих процессов в щитовидной железе.

С. А. Селицкий объясняет увеличение щитовидной железы повышением коллоидного вещества.

Е. С. Павлова утверждает, что гистологическая картина щитовидной железы у беременных не отличается от щитовидной железы небеременных. По ее данным, в начале беременности имеется некоторое повышение функции щитовидной железы, но во вторую половину беременности наблюдается спокойное состояние. Увеличение идет за счет накопления коллоида, что безусловно говорит против гиперфункции щитовидной железы.

В. Ф. Зеленин высказывает мнение, что во время беременности в щитовидной железе иногда имеет место чистая гипертрофия железистой ткани, без увеличения васкуляризации.

Г. А. Бакшт* указывает, что беременность не сопровождается гипертрофией щитовидной железы.

А. П. Николаев** высказывает мнение, что гипертрофия щитовидной железы при беременности должна рассцениваться как физиологическое увеличение.

* Бакшт Г. А., Беременность и обмен веществ, Медгиз, 1929 г., стр. 7—192.

** Николаев А. П., Щитовидная железа и токсикозы беременности, Проблема акушерства и гинекологии, Сборник научных работ, 1939 г., стр. 251—259.

По данным Большой медицинской энциклопедии, содержание йода в щитовидной железе с ростом беременности понижается до $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{30}$ его нормального количества, что также свидетельствует о гипофункции железы.

Наши наблюдения над 18 310 здоровыми беременными показывают, что тиреотоксическая болезнь среди них была только у 15 беременных. Наличие такого небольшого количества больных указывает на то, что если и имеется увеличение щитовидной железы у некоторых беременных, то оно проходит без выраженных явлений гипертиреоза и не препятствует продолжению беременности.

Паращитовидные железы во время беременности играют большую роль в кальциевом обмене. При недостаточной функции паращитовидных желез понижается количество солей кальция в крови, вследствие чего повышается возбудимость нервной системы и иногда появляются судорожные сокращения мышц тетанического характера.

Большинство исследователей наблюдали у беременных женщин увеличение надпочечников за счет гипертрофии и гиперплазии структурных элементов коры.

Надпочечники принимают деятельное участие в обмене веществ. Их гиперфункцией объясняется пигментация кожи лица, сосков, белой линии живота беременных. В мозговом слое, при отсутствии заметных морфологических изменений, происходят секреторные сдвиги. В конце беременности и при родах в крови появляется вещество, близкое к адреналину.

Изменения в других железах внутренней секреции при беременности изучены недостаточно.

Во время беременности иногда наблюдается гипергликемия и глюкозурия транзиторного характера, но она не отражается на общем состоянии женщины и вряд ли связана с изменениями в островковом аппарате поджелудочной железы. По мнению И. Б. Хавина*, скорее здесь имеет место церебрально-адреналовое воздействие на углеводный обмен, в связи со значительными нейровегетативными сдвигами в организме беременной женщины.

* Руководство по клинической эндокринологии под редакцией С. А. Васюковой, Медгиз, 1958 г. стр. 556.

Иногда глюкозурия у беременных бывает обусловлена повышенной проницаемостью почечного эпителия при нормальном количестве сахара крови, что мы наблюдали у 7 больных с хорошим исходом беременности и родов.

Может развиться и настоящий панкреатический диабет, который уже связан с серьезной неполноценностью внутрисекреторного аппарата поджелудочной железы.

Из приведенных данных видно, что изменения желез внутренней секреции при беременности неодинаковы как по интенсивности, так и по влиянию на организм, и зависят от целого ряда внутренних и внешних условий. Деятельность одних желез внутренней секреции находится во взаимосвязи с деятельностью других. Органическая связь между нервной и эндокринной системами объединяет их в целостную систему, обеспечивающую так называемую нервно-гуморальную регуляцию функций организма. При этом ведущая роль принадлежит нервной системе, которая осуществляет регуляцию и обеспечивает приспособительную перестройку функций и обмена организма в ответ на воздействия факторов внешней и внутренней среды.

ОБМЕН ВЕЩЕСТВ

Обмен веществ в организме имеет большое значение, так как им определяются все факторы жизни. Обмен веществ при беременности в значительной мере перестраивается в сторону преобладания ассимиляционных процессов. При беременности наблюдается изменение белкового, углеводного, минерального и водного обмена.

В белковом обмене при беременности изменения характеризуются накоплением азотистых веществ в организме. Это происходит особенно во второй половине беременности.

Гофстрем* обнаружил постоянную задержку азота у беременных женщин с 17-й недели беременности, равную 1,84 г в день. По его вычислениям, беременная

* Большая медицинская энциклопедия, изд. 2-ое, т. 3, стр. 794.

Женщина на протяжении 167 дней удерживает 310 г азота. Исчисляя потребность плода в азоте за это время в 101 г, он констатировал факт усвоения организмом матери за этот период 209 г азота, помимо необходимого для структуры плода.

О. П. Молчанова и А. З. Кочергинский* в своих работах указывают, что потребность в азоте в первые месяцы беременности очень высокая — в пределах 0,6 — 1,7 г за сутки, а к концу беременности повышается до 4 — 5 г за сутки. Накопление азота в организме беременной женщины идет за счет пониженного его сгорания, улучшения всасывания и усвоения белка организмом, а также понижения выделения азота с калом и мочой. В крови количество остаточного азота не увеличивается, а держится в пределах 30—35 мг⁰/с.

Углеводный обмен в период беременности отличается своей лабильностью. Все виды сахара легко усваиваются организмом беременной женщины и отлагаются в виде гликогена в печени, откуда и поступают при необходимости в общий круг кровообращения.

Г. Г. Гентер указывает, что почти в 10% всех случаев сахар на протяжении всей беременности выделяется с мочой.

Физиологическая глюкозурия в основном зависит от состояния центральной и вегетативной нервной систем, а также и эндокринной.

Изменения жирового обмена в период беременности характеризуются увеличением количества жиров в крови, как нейтральных, так и липоидов и холестерина. Нередко изменяется взаимосвязь между жировым и углеводным обменом — в сторону неполного сгорания жиров. В результате образуются промежуточные продукты расщепления жиров (масляная кислота, ацетоуксусная кислота, ацетон), что свидетельствует о нарушении физиологического течения обменных процессов у беременной. В подобных случаях необходимо рекомендовать беременной женщине некоторое ограничение жиров, вводимых с пищей, с одновременным увеличением углеводов, и вести постоянное наблюдение за выделением ацетона.

* Молчанова О. П., Кочергинский А. З., Газовый, азотистый и минеральный обмен у женщин в период беременности, Вопросы питания, т. VIII, № 6, 1939 г., стр. 19—30.

Водный обмен в период беременности изменяется. Женщина прибывает в весе на 12—15 кг, из которых на плод, плаценту и околоплодные воды можно отнести всего лишь 5—6 кг. Остальное увеличение веса беременной происходит большей частью за счет задержки воды в организме беременной. Проницаемость сосудов увеличивается, жидкая часть крови легко переходит в ткани. Вода в тканях задерживается благодаря увеличенному количеству хлористого натрия и повышенной функции передней доли гипофиза. Минеральный обмен в период беременности претерпевает значительные изменения.

Обмен кальция неравномерен в отдельные периоды беременности. Наибольшая всасываемость его происходит во второй половине беременности; среднее количество кальция в крови во время беременности равно 10—11 мг⁰/_о.

Содержание калия в крови, в противоположность кальцию, увеличивается и равняется 20—22 мг⁰/_о.

Работами О. П. Молчановой, Л. З. Кочергинского установлено, что количество фосфора в крови беременной уменьшается с 3,6 мг⁰/_о до 3,3 мг⁰/_о.

Содержание хлоридов в первые семь месяцев беременности незначительно повышается и составляет 0,47%, вместо обычных 0,46%, а с седьмого месяца достигает до 0,49%.

Потребность в железе у беременной женщины повышается, так как растущему организму необходимо 0,5 мг железа на 1 кг веса. Ежедневная потребность в железе беременной исчисляется в 15—20 мг.

Кислотно-щелочное равновесие крови в первые месяцы беременности сохраняется в пределах нормы: рН = 7,52. В последние недели беременности обнаруживается небольшой сдвиг концентрации Н в направлении кислотности (рН = 7,47). В период родов и после них не отмечается изменений концентрации водородных ионов по сравнению с нормой.

Витаминный баланс во время беременности изменяется в сторону его повышения. Недостаток в витаминах обуславливает ряд патологических процессов в организме беременной женщины. Суточная потребность в витамине С увеличивается в 2—4—5 раз. При недостатке витамина Е наблюдается выкидыш, преждевременная

отслойка детского места. Недостаток витамина D приводит к остеомалации матери и к рахиту плода. Без достаточного количества витамина В развивается полиневрит и токсикоз беременности.

Обильное получение беременной женщиной витаминов А, В, С, D, Е способствует нормальному течению беременности и развитию плода. Поэтому необходимо больше обращать внимания на правильное питание беременной и кормящей женщины и вводить в ее организм достаточное количество витаминов.

ОСОБЕННОСТИ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Кровь доставляет питательные вещества ко всем органам и тканям, благодаря чему осуществляется газообмен, выводятся из организма продукты обратного обмена, обеспечивается гуморальное взаимодействие между органами. Количество крови у человека составляет около 7% веса тела, а при беременности общее количество крови увеличивается на 10—15%. Удельный вес крови у беременных несколько снижается, за счет повышения содержания воды, и равняется 1043,3 — 1054,4 против 1055 у небеременных.*

При нормально протекающей беременности максимально повышается гемопоэтическая функция костного мозга до 7—8 месяца беременности.

У первобеременных к концу 9—10 лунного месяца могут появляться дегенеративные признаки в клетках лейкобластической ткани.

О. Д. Болдырева выявила в различные сроки нормально протекающей беременности изменения в эритропоэзе и гранулопоэзе, которые заключаются в пролиферации клеточных элементов, увеличивающихся по мере прогрессирования беременности. Пролиферация идет за счет ускоренного образования их из родоначальных форм и учащающегося деления клеток. В костном мозгу имеется полноценная регенеративная реакция.

Изучая состав и свойства периферической крови у беременных женщин, Н. Я. Чистович, С. А. Селицкий,

* Чистович Н. Я., Беременность и внутренние болезни, Беседы с врачами, изд. Военной типографии, 1923 г., стр. 3—63.

Амфитеатров, Е. М. Лиозина, З. И. Чеснокова, М. А. Астафьева, Т. А. Копонерова и др. делают вывод, что в период беременности имеются некоторые изменения в морфологическом составе крови, выражающиеся в небольшом увеличении количества эритроцитов, гемоглобина и лейкоцитов. Количество эритроцитов в первые месяцы беременности колеблется в пределах 4 290 000 и 6 300 000. Минимальная стойкость эритроцитов к гипотоническим растворам NaCl (0,7, 0,6, 0,5) понижается, а максимальная — к растворам 0,4 и 0,3 — остается в пределах нормы. Увеличение гемоглобина крови в последние месяцы беременности объясняется парциальным растворением эритроцитов. Изменяется тромбоцитопоз, который выражается в уменьшении содержания тромбоцитов в крови. Эти изменения носят функциональный характер.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

В период беременности со стороны сердечно-сосудистой системы происходят некоторые изменения, обусловленные увеличением веса тела беременной, ростом и развитием плода, включением в общий ток крови плацентарного кровообращения, высоким стоянием диафрагмы, затруднением легочного кровообращения, изменением нервно-гуморальной регуляции.

В. Ф. Зеленин предостерегает от объяснения затруднений кровообращения только механическими факторами. Он высказывает сомнение в том, что только одно высокое стояние диафрагмы влияет на аппарат кровообращения. Он приводит данные Фунднера (Fundner), который сдавливал живот пелотом под воздушным давлением в 110 мм ртутного столба и достигал смещения диафрагмы кверху на 5 см и при этом не отмечал никакого влияния на дыхание, пульс и кровяное давление. Опыты, проведенные в клинике В. Ф. Зеленина, с раздуванием желудка углекислотой и воздухом, вводимыми через зонд, показали значительное изменение кровяного давления под действием рефлекторного раздражения нервной системы. Этот факт подтвердил преимущество рефлекторного раздражителя перед механическим воздействием на диафрагму.

Из этого опыта В. Ф. Зеленин* сделал вывод, что если раньше основное значение в изменении состояния сердечно-сосудистой системы придавали механическим факторам, как-то: высоте стояния диафрагмы, повышению внутрибрюшного давления и, в связи с этим, косямому положению сердца и затруднению притока крови с периферии, то «мы, — пишет он, — стремимся дать интегральную оценку функции, т. е. стараемся охватить процессы, разыгрывающиеся в организме, во всей их совокупности и взаимной связи. По этой причине наше изложение строится под углом зрения оценки беременности как кардио-невроэндокринного комплекса».

Рефлекторное влияние матки на сердце отмечал Н. Я. Чистович. По его мнению, растущая матка, раздражая брюшной покров, вызывает ускорение пульса. В настоящее время Э. Н. Айрапетьянц** показал, что «... в матке, вне всякого сомнения, имеются такие нервные приборы, которые предназначены для восприятия определенных химических веществ...» Если при раздражении «покоящейся» матки ацетилхолин выводит кровяное давление из нормы на срок не более 50 секунд, то при беременности действие тех же веществ вызывает длительные, по времени, потоки возбуждения: в течение от 3 до 5 минут кровяное давление не возвращается к исходному уровню и состоянию.

Следовательно, причиной встречающихся изменений в сердечно-сосудистой системе во время беременности являются не только механические факторы, но и изменения в интерорецептивных импульсах, идущих в кору головного мозга от различных органов беременной женщины. На работу сердца влияют не только импульсы, идущие с интерорецепторов, но и с экстерорецепторов.

Н. Я. Чистович отметил влияние психических переживаний на работу сердца. В частности, чувство тревоги, боязнь предстоящих родов, угнетенное состояние может действовать то возбуждающим, то угнетающим образом на сердце.

Если говорить о размерах сердца, его положении, то нужно сказать, что в прошлом столетии по этому во-

* Зеленин В. Ф. и Лясс М. А., Пороки сердца, 1932 г., стр. 194—217.

** Айрапетьянц Э. Н., Проблемы кортико-висцеральной патологии, 1949 г., стр. 82—83.

просу были большие споры, особенно за границей. Французская школа (Лярхет) утверждала, что в период нормально протекающей беременности имеется наличие гипертрофии сердца. Немецкая школа (Гергардт) высказывала противоположное мнение, что при физиологических условиях сердце при беременности не гипертрофируется, а смещается верхушка, изменяется его объем и вес. Решить вопрос о влиянии беременности на размеры сердца не так просто, потому что границы сердца могут изменяться в связи с высоким стоянием диафрагмы в последние месяцы беременности.

С. В. Жевахов утверждал, что во время нормальной беременности величина сердца не изменяется.

Л. И. Фогельсон* допускает расширение и гипертрофию сердца при беременности. Причину этого он видит в увеличении потребности в кислороде, в усилении притока крови к сердцу. При здоровом миокарде увеличение сердца настолько невелико, что полностью укладывается в физиологические колебания размеров сердца.

Н. Я. Чистович чаще наблюдал гипертрофию при беременности в левом сердце, а в правом — дилатацию, вследствие застоя в малом кругу. Гипертрофию он объясняет возросшей потребностью в газообмене.

Г. Ф. Ланг допускает некоторые признаки усиления функции сердца при беременности, выражающиеся в увеличении его веса и объема. Но это увеличение настолько невелико, что даже точными рентгеновскими методами с трудом его удастся выявить. Во второй половине беременности обследование затрудняется высоким стоянием диафрагмы.

Г. М. Салганник указывает, что сердце при беременности увеличивается незначительно. Гипертрофия и расширение сердца развиваются медленно и зависят от увеличенного притока крови к сердцу и от усиленной сократительной функции последнего. Изменения относятся больше к левому желудочку.

Ю. И. Аркусский из анализа рентгенограмм делает вывод, что в последней фазе беременности сила сердечных сокращений увеличивается, а амплитуда заметно не изменяется, т. е. сердце реагирует на беременность

* Фогельсон Л. И., Болезни сердца и сосудов, изд-во АМН, 1951 г., стр. 285—287.

усилением своих сокращений, а не увеличением амплитуды. В начале беременности иногда может развиваться тоногенная дилатация, но впоследствии повышенная работа сердца достигается усилением его сокращений. Тоногенная дилатация и гипертрофия развиваются медленно и постепенно, так, что сердце вполне приспосабливается к повышенным требованиям, предъявляемым беременностью к сердечно-сосудистой системе, особенно в последние месяцы беременности.

Сократительная способность сердца, судя по кимограммам, повышается, поэтому беременность можно рассматривать как тренировку сердца.

Нормальное соотношение между весом тела и весом сердца не нарушается. Вес сердца увеличивается в пределах 25 г. Изучение рентгенограмм, произведенных в период беременности, показывает, что гипертрофии правого желудочка и левого предсердия нет. Сердце несколько расширяется в поперечном направлении, дуга легочной артерии выступает несколько больше обычного. Т. Г. Сегаль, обследовав 150 беременных женщин, пришел к выводу, что электрокардиограммы и ортодиаграммы указывают на смещение сердца, а не на гипертрофию его. М. Ф. Тарон провел у 35 здоровых беременных телерентгенографию и пришел к заключению, что поперечник сердца во всех случаях к концу беременности заметно увеличивается, одновременно уменьшается тангенс угла наклона. Это говорит о поперечном расположении сердца, а не об увеличении его размеров. После родов поперечник сердца уже в первые дни значительно уменьшается, а тангенс угла возвращается к норме.

Итак, высказывания различных авторов по вопросу дилатации и гипертрофии сердца в период беременности не противоречат одно другому. Большинство авторов констатируют небольшую дилатацию и гипертрофию сердца в период беременности. Споры о том, может ли развиваться гипертрофия без дилатации или же при беременности размеры сердца увеличиваются лишь за счет дилатации являются беспредметными.

В период беременности наблюдаются изменения аускультативных данных сердца. Их необходимо особенно хорошо знать и помнить о них при обследовании беременной женщины, в противном случае могут возникнуть

диагностические ошибки. У беременной женщины, особенно во второй половине беременности, часто выслушиваются над легочной артерией в третьем левом межреберье, у края грудины и над верхушкой сердца, функциональные систолические шумы. Эти шумы при беременности выслушиваются почти в 30% случаев и лучше слышны в горизонтальном положении. Причина появления систолического шума пока остается неясной. По мнению некоторых авторов, они появляются в связи со смещением сердца высоко поднятой диафрагмой и перегибом легочной артерии. Другие авторы расценивают появление систолического шума как результат функциональной недостаточности митрального клапана. Иногда выслушивается небольшой диастолический шум, появление которого связывают с увеличением массы циркулирующей крови. В данном случае левое атриовентрикулярное отверстие становится относительно более узким. В последние месяцы беременности может выслушиваться акцентуация вторых тонов у основания, что связывается с улучшением акустических условий, в связи с приближением больших сосудов к грудной клетке.

А. Ю. Лурье дифференцирует функциональные шумы, выслушиваемые на сердце у беременной, от органических шумов на том основании, что при беременности шумы прослушиваются мягкие, дующие и при перемене положения исчезают.

П. Л. Сухинин обследовал 500 беременных с органически здоровым сердцем и пришел к выводу, что возникновение акцента над легочной артерией можно объяснить затруднением легочного кровообращения, особенно во второй половине беременности. По его данным, акцент над легочной артерией встречается в 43% случаев, акцент над аортой — в 1,5 раза реже, или в 28% случаев, и объясняется повышенным сопротивлением в большом кругу кровообращения. Поэтому только на основании аускультативных данных ставить диагноз заболевания сердца нельзя.

Говоря об изменениях сердца у женщины во время беременности, необходимо коснуться другой неотъемлемой части системы кровообращения — сосудистой системы.

Артериальное давление в период беременности изменяется мало.

Исследования П. Л. Сухинина* показывают, что в 41% случаев наблюдается нормотония и в 11%—гипертония.

Д. Я. Дорон исследовал артериальное давление у 45 рожениц и установил, что максимальное артериальное давление к началу родов у большинства рожениц находится в пределах нормы, т. е. 105—125 мм ртутного столба.

Гипертония наблюдалась в исключительных случаях. У первородящих и молодых, в первую половину беременности, максимальное давление держалось на более высоких цифрах, чем у женщин в возрасте свыше 30 лет и у повторнородящих. Минимальное артериальное давление у 80% рожениц было к началу родов повышено. По наблюдениям П. Л. Сухинина, амплитуда артериального давления несколько повышается в течение первых трех месяцев беременности, к четвертому падает, а затем выправляется и остается почти неизменной до конца. По наблюдениям В. В. Сайковой, во время беременности диастолическое артериальное давление несколько повышается.

Гипотония встречается в 48—60% случаев. В этот период появляются жалобы на слабость, головокружение, обмороки. Эти жалобы вызываются недостаточностью периферического кровообращения. Кроме того, встречаются жалобы на одышку, сердцебиение, которые объясняются повышенной нагрузкой на сердце в период беременности.

Высота венозного давления изучалась М. Ф. Тароном. Он пришел к выводу, что венозное давление у здоровых рожениц до родов и после них мало изменяется. Колебания венозного давления возможны в пределах 113—118 мм водяного столба. Нормальные цифры венозного давления у беременных свидетельствуют о нормальном тоне сосудов и хорошей их адаптации. Венозное давление в нижних конечностях несколько повышается, а в верхних стоит на нижних границах нормы.

Довольно часто встречается варикозное расширение вен нижних конечностей и наружных половых органов.

* Сухинин П. Л., Павлова Л. С., Мельбарт З. М., Изменения сердечно-сосудистой системы при беременности, Сборник научно-исследовательских работ комиссии содействия ученым, М. 1936 г., № 2, стр. 83—95.

Капиллярное кровообращение изменяется со второй недели беременности и заключается в увеличении числа капиллярных петель.

Наибольшее увеличение их наблюдается с 7—8-го месяца беременности. По данным С. П. Виноградовой, увеличение числа капилляров наблюдалось в $\frac{2}{3}$ случаев. Отмечается расширение венозной части многих капилляров и замедленное, временами прерывающееся, течение крови. О причинах стаза имеются различные мнения. С. Фудель-Осипова пришла к выводу, что встречающиеся стазы в период беременности зависят от сдвига процессов обмена в сторону ацидоза. Другие объясняли наличие стазов ангиоспазмом, изменениями кровяного давления, повышенной агглютинацией эритроцитов, влиянием вегетативной нервной системы, изменением эндокринного аппарата. По данным Орсини (Orsini), капиллярное давление в период беременности в первую половину уменьшается до 107 мм водяного столба, вместо 142 мм, а во вторую половину беременности увеличивается до 164 мм водяного столба.

Систолический и минутный объем сердца во время беременности увеличивается. По данным Е. М. Тареева, Л. Ф. Фогельсона, В. В. Сайковой, это увеличение начинается с 10-й недели беременности, постепенно нарастает, достигает максимума на 24—26-й неделе, в среднем с 4,5 до 5,7 л, т. е. на 25%, а после 38-й недели уменьшается почти до исходной величины.

Масса циркулирующей крови также значительно повышается, достигая максимума (50%) на 36-й неделе, с некоторым снижением в последующие недели беременности (Е. М. Тареев*).

В использовании кислорода тканями особых изменений не наблюдается. Однако потребление кислорода к концу беременности увеличивается до 30%.

Проницаемость капиллярной стенки повышается. Скорость кругооборота крови незначительно замедляется. Однако М. Ф. Тарон, определяя скорость кровообращения у 35 здоровых беременных, установил, что она во всех случаях беременности у здоровых рожениц остается нормальной.

Пульс при беременности несколько изменяется. Сред-

* Тареев Е. М., Нефриты, Медгиз, 1958 г., стр. 588,

няя частота его 64 удара в минуту, причем у первородящих меньше, чем у повторнородящих.

П. Л. Сухинин нашел, что нормальный пульс при беременности встречается в 14% случаев (за норму берется пульс от 60 до 80 ударов в минуту), учащенный — в 45% случаев, максимальной частоты—40% случаев, брадикардия— в 0,35% случаев. Изучая частоту пульса на протяжении всей беременности, автор делает вывод, что максимальный подъем частоты пульса падает на седьмой лунный месяц. В. В. Сайкова пришла к заключению, что пульс в первые месяцы беременности колеблется в пределах 68—80 ударов в одну минуту. Иногда в период беременности встречается экстрасистолия, причина которой, по мнению В. Ф. Зеленина, лежит не в самом сердце, а в вазомоторных и механических влияниях.

Из сказанного выше мы видим, что изучение изменений со стороны сердечно-сосудистой системы во время беременности имеет не только теоретическое значение, но и представляет значительный практический интерес. Зная изменения со стороны здорового сердца во время беременности, можно скорее диагностировать его заболевания у беременной женщины и своевременно решить вопрос о возможности продолжения беременности при имеющейся патологии сердца.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

При нормально протекающей беременности почти не наблюдается никаких изменений со стороны легких. В последние месяцы беременности отмечается некоторое изменение грудной клетки, благодаря высокому стоянию диафрагмы. При этом нижняя апертура несколько расширяется, жизненный объем легких и газообмен не только не снижается, а, наоборот, имеет тенденцию к повышению. В последние месяцы беременности можно наблюдать некоторое учащение дыхания, что чаще бывает при крупном плоде или двойнях, а не за счет патологических изменений в легких.

По данным И. Ф. Жордания, слизистая оболочка бронхов в конце беременности бывает несколько гиперемирована, отечна и покрыта слизью. Это предрасполагает беременную женщину к воспалительным процессам

в бронхах. Поэтому грипп и различные заболевания дыхательных путей во время беременности особенно опасны.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

В пищеварительном аппарате наблюдаются расстройства, которые могут быть объяснены нарушением вегетативной нервной системы, и выражаются в тошноте, рвоте, слюнотечении.

По данным К. К. Скробанского, утренняя рвота является одним из ранних признаков беременности и наблюдается почти у 50% беременных женщин. Эта рвота при нормальном течении беременности не дает каких-либо осложнений, аппетит остается нормальным, вес беременной не понижается, и во второй половине беременности рвота, как, правило, прекращается. Со стороны кишечника отмечается гипотония, чем, отчасти, могут быть объяснены запоры.

ПЕЧЕНЬ

Многими учеными высказывалось предположение, что в период беременности в печени повышается отложение жира, уменьшается количество гликогена и нарушается кровообращение, расширяются центральные вены и приводящие капилляры. В результате возник термин «печень беременных».

Дальнейшие многочисленные исследования этих изменений не установили. Однако наблюдения показывают (М. С. Малиновский, Е. М. Тареев, В. Г. Перетц и др.), что печень во время беременности работает на грани допустимых физиологических норм и достаточно небольшого повышения требований к ее работе, чтобы наступили тяжелые патологические изменения ее паренхимы. Это необходимо учитывать при заболеваниях печени у беременных женщин.

ПОЧКИ

Во время беременности почки работают с большой нагрузкой. Изменения в почках касаются почечного фильтра, вследствие чего может появляться незначительная глюкозурия и альбуминурия,

И. Ф. Жордания наблюдал в эпителии извитых канальцев дистрофические процессы.

Растущая беременная матка оказывает давление на соседние органы, в том числе и на мочевой пузырь, вызывая тем самым учащенное мочеиспускание. Иногда головка плода плотно прилегает ко входу в таз и сдавливает проходящие здесь мочеточники, тонус которых нередко понижается. Все это затрудняет отток мочи, способствует застою ее в верхних отделах мочеточников и в почечных лоханках, что предрасполагает к развитию пиелита.

Краткое ознакомление с изменениями, происходящими в организме здоровой беременной женщины, позволяет правильнее организовать профилактические мероприятия, направленные на укрепление ее здоровья и предупреждение заболеваний.

ГЛАВА ВТОРАЯ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Для выяснения влияния акта родов на состояние сердечно-сосудистой системы целесообразно проследить гемодинамические изменения у здоровых рожениц. Акт родов предъявляет значительные требования к кровообращению, особенно во втором периоде родов.

По мнению Л. И. Фогельсона, в момент схваток повышается как внутрибрюшное, так и внутригрудное давление, что вызывает уменьшение притока крови к сердцу и повышение венозного и артериального давления, главным образом диастолического. Амплитуда давления уменьшается.

Все это затрудняет деятельность сердца и вызывает увеличение числа сердечных сокращений.

Изучение гемодинамических изменений во время родов и после них у здоровых рожениц и родильниц имеет практическое значение.

Зная колебания артериального и венозного давления, изменения со стороны электрокардиограмм у здоровых рожениц и родильниц, можно более правильно провести роды у женщин с заболеваниями сердца.

С этой целью нами изучены гемодинамические изменения у 28 здоровых рожениц и родильниц, из которых 24 имели возраст до 30 лет, и 4 — свыше 30 лет. У всех обследованных женщин патологии со стороны внутренних органов не установлено,

Продолжительность родов у первородящих не превышала 24 часов, а у повторнородящих — 18 часов. Роды и послеродовой период протекали без патологии. Дети обследованных родильниц имели нормальные показатели веса и роста.

Мы изучали артериальное, венозное давление, пульс и снимали электрокардиограммы в первом, втором и третьем периоде родов и через три-четыре дня после родов.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Артериальное давление измерялось ртутным сфигмоманометром. За нормальные цифры максимального артериального давления принимали 100—130 мм ртутного столба, минимального — 60—80 мм, пульсового — 40—50 мм.

В результате обследования установлено, что почти у всех рожениц максимальное артериальное кровяное давление как в период беременности, так и в момент родов удерживается на нормальном уровне — 100—130 мм. В третьем периоде родов и после них имеется некоторая его тенденция к снижению до 90—100 мм.

Минимальное артериальное кровяное давление у здоровых рожениц во время беременности и родов также остается на нормальном уровне — 60—80 мм. Только у трех рожениц отмечено кратковременное повышение артериального давления во втором периоде родов (до 85 мм).

Пульсовое давление до некоторой степени характеризует силу сердечных сокращений и определяется уровнем максимального и минимального артериального давления.

У наблюдаемых нами рожениц и родильниц мы не видели отклонений от нормы пульсового давления. Но отметили, что через три-четыре дня после родов пульсовое давление удерживается на цифрах максимальной нормы: 40—50 мм ртутного столба. Возможно, что это объясняется брадикардией, которая наблюдалась у родильниц, так как известно, что чем меньше частота пульса, тем больше пульсовое давление.

Анализируя полученные данные, можно сделать вы-

вод, что во время родов у здоровых рожениц как максимальное, так и минимальное артериальное кровяное давление остается в норме. В послеродовом периоде имеется некоторое снижение его, по сравнению с периодом родов, в пределах установленной нормы.

ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Венозное давление измерялось нами у 28 здоровых рожениц прямым способом, предложенным В. А. Вальдманом. За норму венозного давления брались цифры 50—100 мм водяного столба.

Высота венозного давления зависит от ряда причин. Повышается венозное давление при слабости правого сердца, затруднении тока крови по легочному кругу, усиленном наполнении и давлении в мелких сосудах большого круга. Понижается венозное давление при расширении мелких сосудов, особенно органов брюшной полости и при малом наполнении общего венозного русла кровью. Значительное влияние на высоту венозного давления оказывают дыхательные движения: во время вдоха венозное давление понижается, во время выдоха повышается.

Высота венозного давления у наблюдаемых нами 28 рожениц изменялась: в первом периоде родов — у 7, или у $\frac{1}{4}$ части из них, и во втором периоде родов — у 14, или у половины из них.

Эти изменения выражались в кратковременном повышении венозного давления в момент схватки (до 148—150 мм водяного столба) и особенно во время потуги (до 160—180 мм и более водяного столба). Примером может служить роженица П., 23 лет, первородящая (рис. 1).

Кратковременное повышение венозного давления можно объяснить изменением сосудистого тонуса, повышенной работой сердца в момент схватки и потуги, большой мышечной работой, понижением присасывающей способности грудной клетки и повышением внутригрудного давления. Повышение венозного давления не говорит о функциональной недостаточности сердечно-сосудистой системы, так как уже в третьем периоде родов почти у всех рожениц имеется нормальный уровень венозного давления.

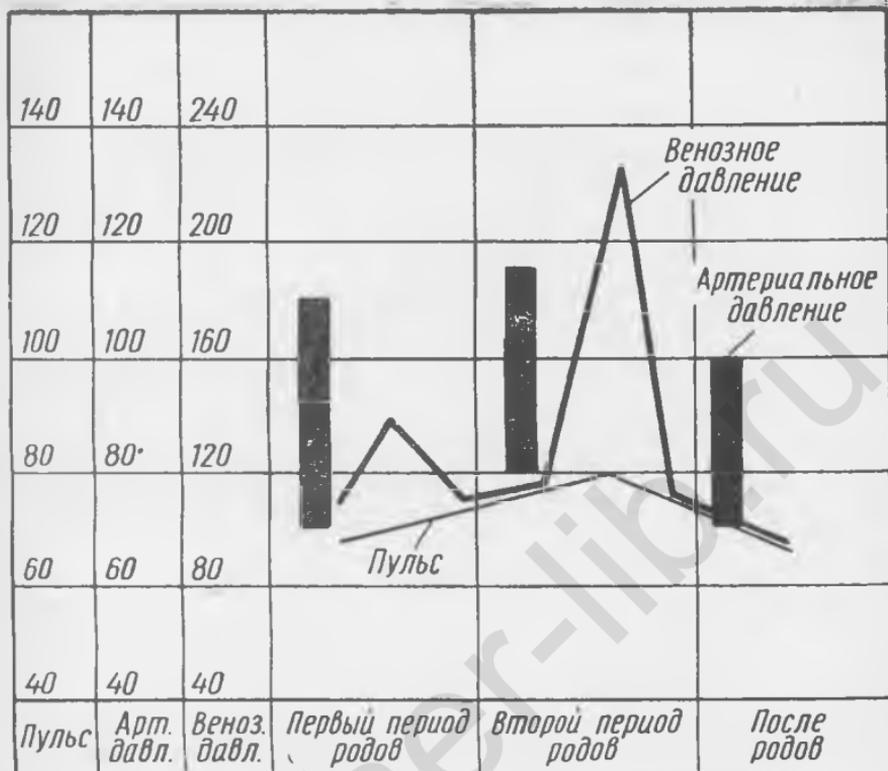


Рис. 1. Роженица П., 23 лет, первородящая. Первый период родов продолжался 15 час. 45 мин. Венозное давление—115 мм водяного столба. В момент схватки давление поднялось до 145 мм и снизилось по окончании ее до 115 мм. Второй период родов длился 1 час. Венозное давление — 118 мм. Во время потуги повысилось до 223 мм и, как только закончилась потуга, снизилось до 96 мм. Третий период родов продолжался 20 мин. Венозное давление — 85 мм водяного столба. Родился младенец весом 3100 г, длиной 49 см.

Измеряя венозное давление, мы отметили некоторую его зависимость от быстроты течения второго периода, а именно: при коротком периоде изгнания венозное давление имело тенденцию к большему повышению.

Итак, проведенные наблюдения показывают, что во время родов отмечается некоторое кратковременное повышение венозного давления в момент схватки и потуги, но это повышение не указывает на недостаточность сердечной деятельности. В послеродовом периоде изменений венозного давления не отмечается.

Пульс

Пульс определялся путем непосредственной пальпации и по данным электрокардиограмм.

За нормальные цифры брали 60—80 ударов в одну минуту.

Таблица 1

Частота пульса во время родов и после них

	Частота пульса в одну минуту			Общее количество исследуемых
	от 45 до 59	от 60 до 80	от 80 и более	
Последние месяцы беременности	—	28	—	28
1-й период родов	7	17	4	28
2-й период родов	10	14	4	28
3-й период родов	12	13	3	28
После родов	11	16	1	28

Как свидетельствуют данные наблюдений, в последние месяцы беременности частота пульса остается нормальной — в пределах 60—80 ударов в одну минуту. Во время родов и после них почти у половины рожениц и родильниц наблюдается брадикардия — от 48 до 59 ударов в одну минуту.

Л. И. Фогельсон объясняет происхождение послеродовой брадикардии уменьшением количества циркулирующей крови и притока крови к сердцу при наличии гипертрофии сердца.

Электрокардиографически и пальпаторно нами отмечена большая изменчивость пульса на протяжении одного и того же периода родов.

Изменения пульса совпали с зарегистрированными на электрокардиограммах у здоровых рожениц и родильниц синусовой тахикардией, синусовой брадикардией, дыхательной аритмией. Нередко на протяжении даже одного периода родов мы могли наблюдать, как синусовая тахикардия сменяется нормальным ритмом сердечных сокращений. В качестве примера можно привести роженицу К. (рис. 2).

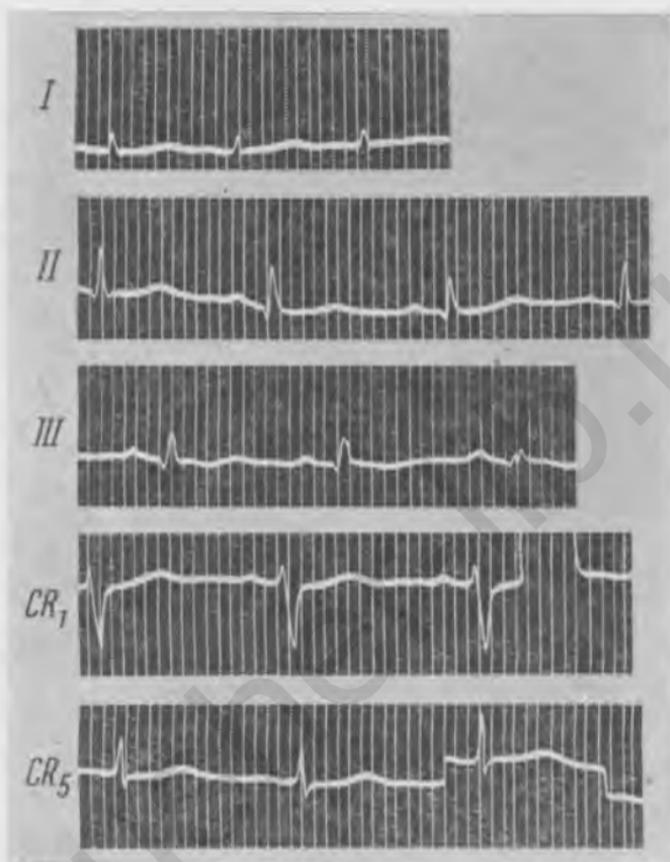


Рис. 2а. Электрокардиограмма здоровой роженицы К., 25 лет, первородящая. Первый период родов продолжался 8 час. 45 мин. Артериальное давление — 125/100 мм, венозное давление — 87 мм водяного столба. На электрокардиограмме, снятой в этот период, в первом отведении ритм синусовый, синусовая тахикардия, с числом сердечных сокращений 110 в одну минуту, а во втором отведении ритм нормальный с числом сердечных сокращений 80 ударов в одну минуту. P_{III} — высокий, Q_{II-III} — слабо выражен, T_{III} — двуфазен, S_{CR_I} — глубокий. Длительность систолы увеличена на 0,1". Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову равен 49%, или больше нормы на 10%.

Заключение: синусовая тахикардия, нестойко выраженная.

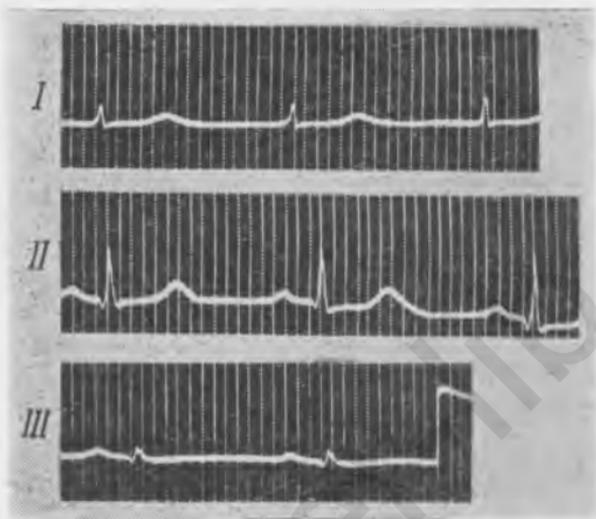


Рис. 26. Электрокардиограмма снята во втором периоде родов. Продолжительность его 30 мин. Артериальное давление — 125/100 мм, венозное — 67 мм водяного столба. На электрокардиограмме: ритм синусовый, правильный. Зубец Т положительный во всех отведениях, но в III отведении снижен. Длительность систолы укорочена на 0,02". Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову равен 41⁰/₁₀₀, меньше нормы на 2%. Нормограмма (-1) мм.

Заключение: электрокардиограмма без особенностей.

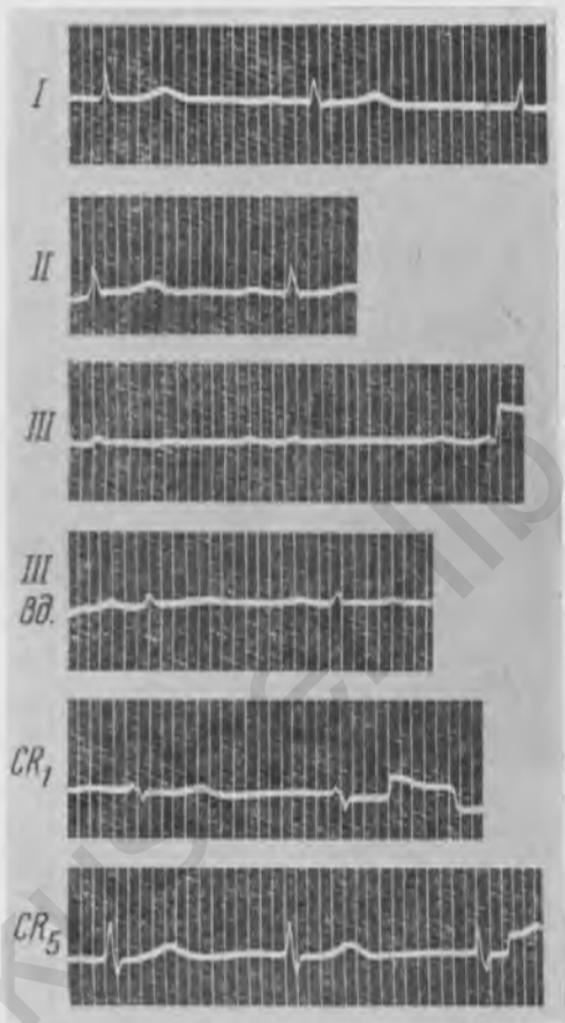


Рис. 2в. Электрокардиограмма снята через три дня после родов. Артериальное давление — 115/65 мм, венозное — 63 мм водяного столба. На электрокардиограмме: ритм синусовый, правильный, P_{III} — снижен, T_{III} — изоэлектричен, на вдохе — положительный. Длительность систолы уменьшена на 0,03". Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову равен $38^0/0$.

Заключение: электрокардиограмма без особенностей.

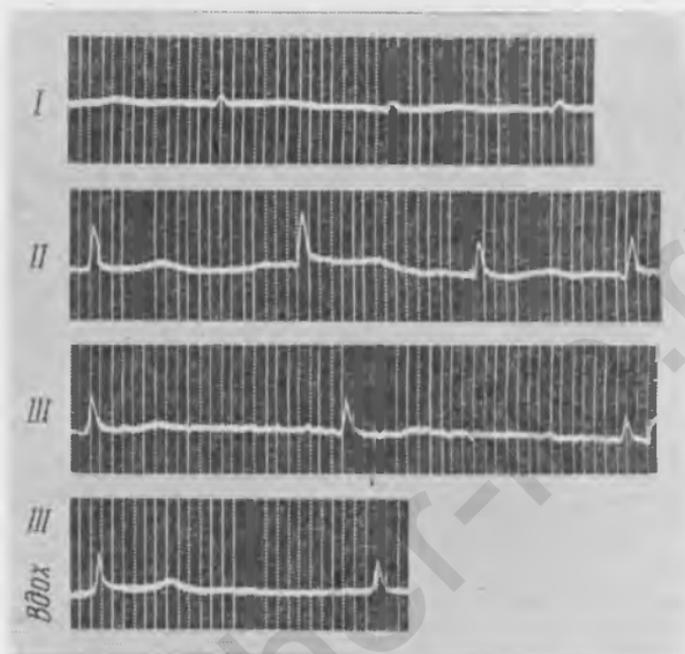


Рис. 3а. Электрокардиограмма здоровой роженицы М., 37 лет, повторнородящая, снята в первом периоде родов, который продолжался 8 час. Артериальное давление — 120/65 мм, венозное давление — 132 мм водяного столба. На электрокардиограмме: ритм синусовый, дыхательная аритмия. $R_{II} - III$ — изоэлектричен, $R_I < R_{II}$ $T_I - III$ — слегка снижен, уширен. Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову = 42% (N 40%), длительность систолы увеличена на 2%. Отклонение оси сердца вправо (-4 мм). $PQ = 0,17''$, $QRS = 0,07''$, $QRST = 0,42''$ (N $0,40''$), $RC = 1,00''$ $P = 60$ в $1''$.

Заключение: дыхательная аритмия, отклонение оси сердца вправо.

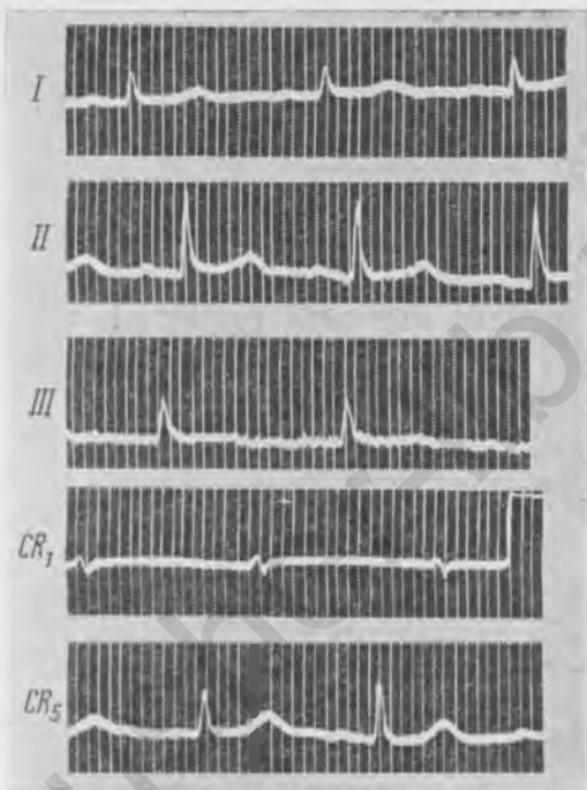


Рис. 36. Электрокардиограмма снята во втором периоде родов, длительность его 1 час 15 мин. Артериальное давление — 115/50 мм, венозное давление — 97 мм водяного столба. Ритм синусовый, дыхательная аритмия. P_{III} — несколько снижен, T_{III} — снижен. Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову — 46% (N 45%), или больше нормы на 1%. Нормограмма (-2 мм). $PQ = 0,16''$, $QRS = 0,06''$, $QRST = 0,37''$ (N 0,36''), $RC = 0,80$, $P = 74$ в 1'.

Заключение: умеренно выраженная дыхательная аритмия.

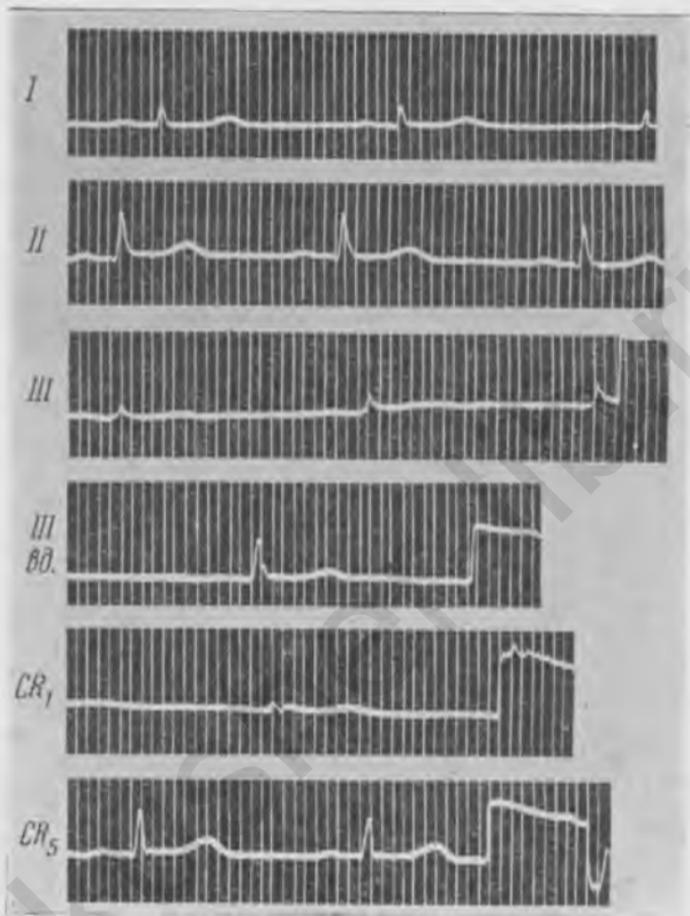


Рис. 3в. Электрокардиограмма после родов на третий день. Артериальное давление — 115/70 мм, венозное давление — 67 мм водяного столба, пульс 54 в 1 мин. Синусовая брадикардия. P_{I-III} — сглажен, R_{III} — снижен, T_{III} — сглажен, на вдохе R_{III} и T_{III} хорошо выражены. Длительность систолы укорочена на 0,03", систолический показатель по Фогельсону-Черногорову = 35% (N 37%), или меньше нормы на 2%. Нормограмма (-2 мм). $PQ = 0,18"$, $QRS = 0,06"$, $QRST = 0,40"$ (N 0,43"), $RC = 1,15"$, $P = 52$ в 1".

Заключение: синусовая брадикардия.

Иногда дыхательная аритмия, зарегистрированная в первом и во втором периодах родов, сменялась синусовой брадикардией в послеродовом периоде, что ярко видно у роженицы М. (рис. 3).

Синусовые изменения частоты сердечных сокращений зависят от состояния узла Кис и Флака, внесердечных нервных и гуморальных влияний и наблюдаются как в норме, так и в патологии.

Различные вариации ритма сердечных сокращений у здоровых рожениц и родильниц, очевидно, в значительной мере зависят от экстракардиальных нервных влияний на синусовый узел, а также от изменения ритма и глубины акта вдоха и выдоха во время родов. Изменения были кратковременными и не свидетельствовали о наличии патологии сердечно-сосудистой системы.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Электрокардиографические данные в период беременности и после родов изучались В. Ф. Зелениным, Л. И. Фогельсоном, Ю. И. Аркусским, А. П. Николаевым, М. Ф. Тароном и др.

Так Ю. И. Аркусский наблюдал во время беременности инверсию зубца T_{III} , который становился положительным после родов. Инверсию зубца T он объясняет поворотом сердца вокруг оси.

А. П. Николаев отмечает у беременных отклонение оси сердца влево. Он указывает, что могут быть извращены зубцы R_{III} и T_{III} и глубокий зубец Q_{II} . Отрицательные зубцы T_{III} и Q_{III} на глубине вдоха могут затем стать нормальными.

М. Ф. Тарон, исследовав 35 здоровых беременных, обнаружил изменения, касающиеся, главным образом, зубца T в первом и в третьем отведениях. Иногда увеличивается зубец Q_{III} , появляется двухфазный зубец R в первом отведении, сегмент ST приподнимается над изолинией, зубец T в первом отведении сглажен. Все эти изменения автор объясняет высоким стоянием диафрагмы, так как после родов изменения электрокардиограмм исчезают.

Л. И. Фогельсон к концу беременности наблюдал на электрокардиограммах здоровых женщин черты, харак-

терные для лежачего сердца, с максимальной величиной зубцов в первом отведении и минимальной в третьем отведении. Нередко выявляется увеличенный рубец R_1 , углубляется Q или S в третьем отведении, что придает электрокардиографической картине характер, свойственный левому типу. Нередко наблюдается отрицательный зубец T в третьем отведении. В I и II отведениях зубцы не изменяются. Во время акта родов увеличивается систола (по отрезку $QRST$) и систолический показатель, зубец T увеличивается в I и II отведениях. В период изгнания плода левый тип электрокардиограммы у здоровых женщин исчезает. Иногда во время акта родов появляется экстрасистолия. Все эти изменения электрокардиограммы исчезают после родов.

Из приведенных выше данных следует, что большинство работ посвящено изучению электрокардиографических данных в период беременности и после родов, а не во время родов.

Нагрузка на сердечно-сосудистую систему в различные периоды родов неодинакова, поэтому мы изучали электрокардиографические показатели в первом, втором периоде родов и после родов.

Электрокардиограммы снимались у 28 здоровых рожениц и родильниц переносным электрокардиографом системы ЭКП-4 в трех стандартных и в двух грудных отведениях CR_1 и CR_V .

На электрокардиограммах, снятых в первом периоде родов, мы не видели нарушения проводимости и выраженного отклонения электрической оси сердца. Зарегистрированы небольшие изменения рубца P_{III} .

В пяти случаях он был снижен, в четырех — изоэлектричен. Зубцы Q , R , S во всех отведениях были без патологических изменений.

У трех рожениц наблюдалось небольшое снижение интервала ST во втором и в третьем отведениях, сочетавшееся с несколько сниженным зубцом T . Эти три роженицы, в возрасте до 38 лет, в анамнезе имели указания на перенесенную ранее корь, скарлатину, малярию, грипп и другие инфекции. В период родов артериальное давление не повышалось, венозное же поднималось до 135 мм водяного столба. Мы считаем, что перенесенные заболевания могли обусловить некоторые дистрофические изменения миокарда, которые выявились только на электрокар-

диаграммах, снятых в момент схваток. Эти изменения были кратковременными и не указывали на патологию со стороны сердечно-сосудистой системы у здоровых рожениц в первом периоде родов.

На электрокардиограммах, снятых во втором периоде родов, мы отмечали синусовый ритм, который был почти таким же, как и в первом периоде родов. Чаще наблюдалась синусовая брадикардия и тахикардия. Электрическая ось, в подавляющем большинстве случаев, оставалась нормальной. Нарушения проводимости не зарегистрировано. Систолический показатель в большинстве оставался нормальным. Изменений зубцов на электрокардиограммах, снятых во втором периоде родов, не зарегистрировано.

У четырех рожениц наблюдалось снижение интервала ST и зубца T. У двух из этих рожениц подобные изменения были и в первом периоде родов, а у остальных двух они впервые появились во втором периоде родов. Эти роженицы имели возраст до 37 лет, в детстве перенесли корь, малярию, скарлатину. Артериальное давление оставалось нормальным, венозное было в пределах 100—140 мм водяного столба. Изменения электрокардиограммы у роженицы К. можно видеть на рис. 4.

Таким образом, и во втором периоде родов нарушения проводимости не зарегистрировано.

Наблюдающиеся изменения электрокардиограммы у четырех рожениц были кратковременными и не сопровождались недостаточностью кровообращения.

В послеродовом периоде (электрокардиограмма снималась на третий и шестой день после родов) водителем ритма оставался синусовый узел. Синусовая брадикардия наблюдалась почти у половины обследованных родильниц. Нарушения проводимости не отмечено. Ось сердца, в подавляющем большинстве случаев, оставалась нормальной.

На двух электрокардиограммах зарегистрировано снижение зубцов R_{III} и T_{III}. Если в первом и втором периодах родов наблюдалось снижение интервала ST_{I-II-III}, то после родов во всех случаях интервал ST был на изоэлектрической линии.

Следовательно, электрокардиограммы, снятые в послеродовом периоде, не указывают на патологические изменения в миокарде.

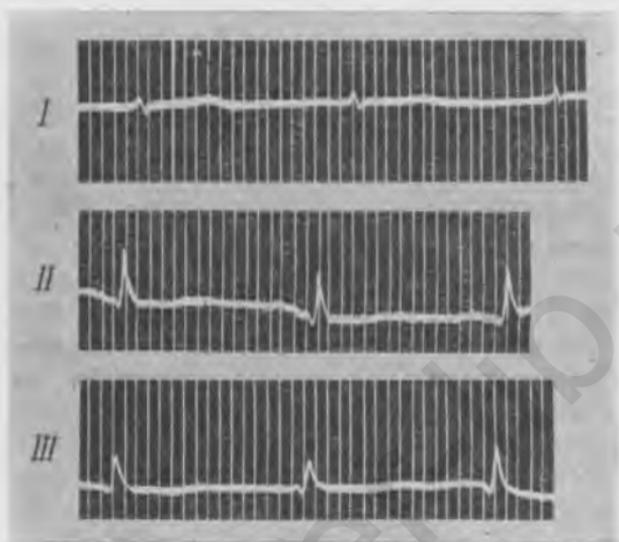


Рис. 4а. Электрокардиограмма здоровой роженицы К., 37 лет, повторнородящая. Первый период родов продолжался 6 час. Артериальное давление—125/80 мм, венозное давление—98 мм водяного столба. На электрокардиограмме: ритм синусовый, правильный, R_{III} —снижен, R_I —снижен, Q_I —слабо выражен, ST_{II-III} —слегка выше изолинии, T_{II} —снижен, T_{III} —двуфазен. Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову = 460/л. Отклонение оси сердца вправо (—4 мм).
 Заключение: признаки нарушения коронарного кровообращения, отклонение оси сердца вправо.

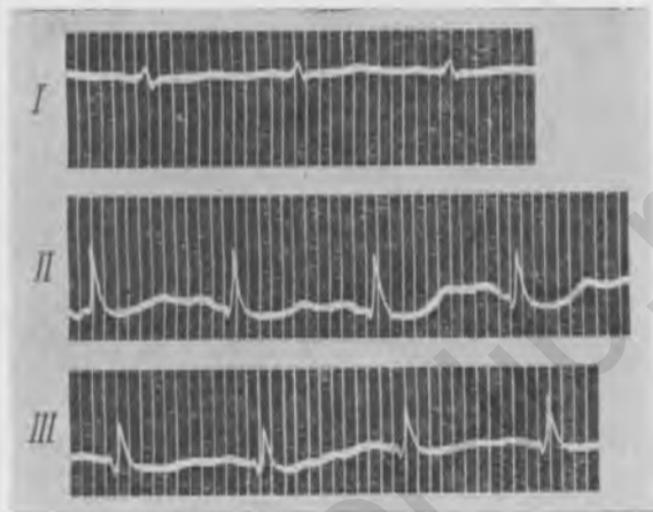


Рис. 46. Электрокардиограмма снята во втором периоде родов у роженицы К. Продолжительность второго периода 9 мин. Артериальное давление — 100/60 мм, венозное давление — 117 мм водяного столба. На электрокардиограмме: ритм синусовый, правильный. Выраженная синусовая тахикардия. Q_{II-III} — едва выражен, R_I — снижен, S_I — слабо выражен, T_{II} — значительно ниже изолинии, T_{III} — ниже изолинии, T_{II} — снижен, T_{III} — двуфазен, снижен.

Длительность систолы увеличена на 0,02". Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову = 55%, больше нормы на 4%.

Отклонение оси сердца вправо (—5 мм).
 Заключение: отмечается прогрессирующее изменение электрокардиограммы, указывающее на более выраженные изменения миокарда и недостаточность коронарного кровоснабжения. Выявилась синусовая тахикардия.

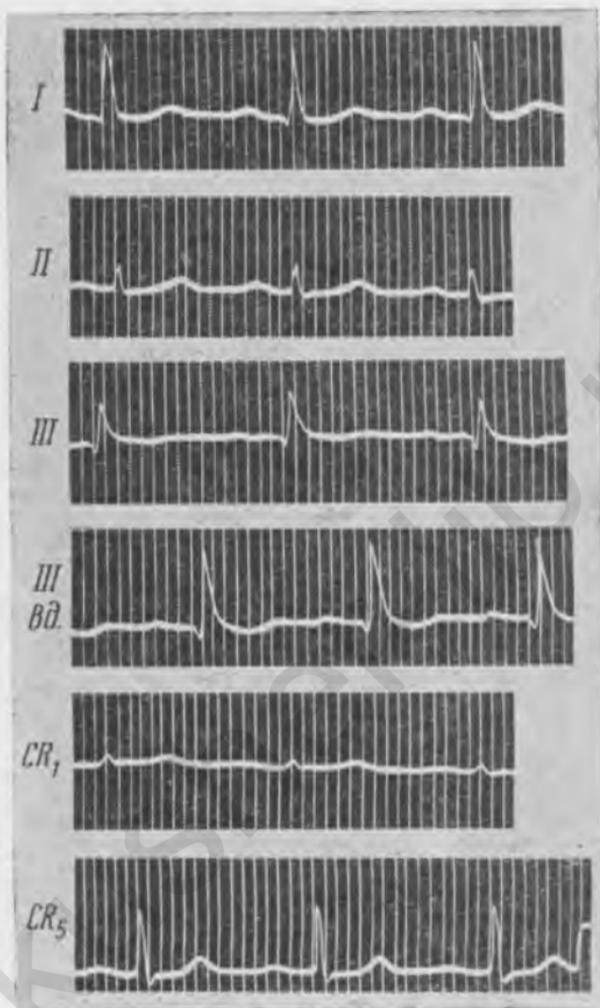


Рис. 4в. Электрокардиограмма здоровой роженицы К., 37 лет, повторнородящая, снята после родов через три дня. Артериальное давление—115/65 мм, венозное—72 мм водяного столба. Пульс 80 ударов в 1 мин. На электрокардиограмме: ритм синусовый, правильный. QI—III — слабо выражен. STII—III — слегка ниже изолинии, TIII — несколько снижен, TIII — на вдохе двуфазен. Систолический показатель по Фогельсону-Черноголову = 47%, нормограмма (+ 5 мм).

Заключение: слабые признаки изменения миокарда.

Таким образом, гемодинамические наблюдения у здоровых рожениц в момент родов и после них показывают, что акт родов, как таковой, у здоровых рожениц не дает изменений сердечно-сосудистой системы.

В большинстве случаев во время родов и после них получены нормальные цифры артериального и венозного давлений, с небольшим колебанием в сторону повышения в момент схваток и потуг. Отмечена большая лабильность ритма сердечных сокращений. Наблюдающиеся электрокардиографические изменения у четырех рожениц, выразившиеся в снижении интервала ST и зубца T, можно объяснить функциональным спазмом венечных артерий. Эти изменения были кратковременными и только при физическом напряжении. Через три-четыре дня после родов все электрокардиограммы полностью нормализовались. Каких-либо признаков нарушения гемодинамики у здоровых рожениц и родильниц не отмечено.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА

Заболевания органов кровообращения среди другой патологии внутренних органов встречаются при беременности чаще и представляют большой интерес. Так, в течение пяти лет через родильный дом № 1 г. Горького прошло беременных с заболеваниями внутренних органов 639; из них с сердечно-сосудистыми—447, что составляет 69,9%. Если учесть, что заболевания сердца являются самыми серьезными осложнениями беременности, родов и послеродового периода, то станет понятным, почему придается такое огромное значение профилактике сердечно-сосудистых заболеваний при беременности.

Вопрос о патологии сердечно-сосудистой системы при беременности изучался многими учеными: И. И. Яковлев, Г. Ф. Лангом, В. Ф. Зелениным, А. Ю. Лурье, Ф. М. Шварцманом, К. Я. Чистовичем, Ю. И. Аркусским, Б. Я. Динец, Г. М. Салганником, А. П. Николаевым и др.

Они высказывают различные взгляды на частоту пороков сердца при беременности, на течение и прогноз беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Частота пороков сердца при беременности, по литературным данным, колеблется от 0,05% к числу родов (Холмогоров) до 2,1% (Лурье).

И. И. Яковлев наблюдал 47 665 родильниц, из которых 192 имели порок сердца, что составляет 0,4% к числу всех беременных.

По нашим наблюдениям, проведенным в родильном доме № 1 г. Горького с 1946 по 1950 год, органические пороки сердца составляют 1,23% к числу принятых родов, а с 1951 по 1958 год этот процент уменьшился до 0,77%, но изменился состав больных.

Если с 1946 по 1950 год из 371 роженицы, прошедшей с заболеванием сердца, имели комбинированный митральный порок сердца только 75 больных (20,4%), а 150 больных были с недостаточностью митрального клапана (40,4%) и 145 (39,2%) с заболеванием мышцы сердца, то за последние восемь лет (с 1951 по 1958 год) картина резко изменилась. Увеличилось количество рожениц с комбинированным митральным пороком сердца — с 76 до 116 (с 20,4% до 40,4%) — и одновременно уменьшилось количество рожениц с недостаточностью митрального клапана — со 150 до 110 больных (с 40,4% до 38,33%) и с заболеванием мышцы сердца — со 145 до 61 больной (с 39,2% до 21,3%).

Увеличение числа рожениц с комбинированным митральным пороком можно объяснить тем, что современные методы диагностики и лечения, проводимые на протяжении всей беременности, родов и после них, позволяют шире разрешать беременность данным больным.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Состояние гемодинамики у беременных с заболеваниями сердца изучалось Л. И. Фогельсоном, С. А. Гиляревским, М. Ф. Тароном, В. В. Сайковой и др., которые установили, что у больных с заболеваниями сердца во время беременности происходят некоторые изменения гемодинамики.

М. Ф. Тарон установил увеличение объема циркулирующей крови. Если у здоровых объем циркулирующей крови равняется 81 мл на один килограмм веса тела, то у беременных с заболеванием сердца он увеличивается до 83—85 мл, а при наступлении недостаточности кровообращения — до 93 мл. При недостаточности кровообращения третьей степени отмечается уменьшение объема циркулирующей крови до 37 мл на один килограмм веса тела.

С. А. Гиляревский, Л. Ф. Фогельсон указывают, что

уменьшение массы циркулирующей крови при расстройствах кровообращения свидетельствует о сосудистой недостаточности. Артериальное давление у беременных с комбинированным митральным пороком мало изменяется и у большинства колеблется: максимальное — в пределах 105—106 мм ртутного столба, минимальное — от 60 до 80 мм.

М. Ф. Тарон наблюдал колебания венозного давления в пределах 197—217 мм водяного столба.

В. В. Сайкова не наблюдала соответствия между высотой венозного давления и степенью недостаточности кровообращения. По данным Сайковой, скорость кровотока замедляется и время увеличивается до 28,5 секунды, тогда как у здоровых беременных она равна 10—13 секундам.

Пульс во второй половине беременности учащается и достигает 88—100 ударов в одну минуту, но если присоединяется эндокардит, то он учащается до 115 и более ударов в одну минуту. Электрокардиографические данные зависят от степени и характера поражения сердца.

М. Ф. Тарон, изучая электрокардиограммы у беременных с заболеваниями сердца, установил у одних выраженные изменения миокарда, а у других очаговые изменения в задней стенке левого желудочка, которые он объяснял нарушением кровоснабжения сердечной мышцы, ревматическим коронаритом и эмболическими тромбами. У некоторых больных наблюдались признаки изменений в миокарде, выражающиеся в увеличении зубца Р в первом и втором отведениях и в изменении зубца Т во всех отведениях. Эти изменения стойко держались и после родов; следовательно, они не были связаны с беременностью.

Наряду с другими методами исследования баллистокардиография является ценным методом исследования, так как она отображает силу сердечных сокращений, что особенно важно знать у женщин с заболеваниями сердца.

Работами Док Вильям, Мендельбаум Гарри, Мендельбаум Роберта установлено, что при беременности может наблюдаться увеличение пределов дыхательных колебаний величины волн i и j и значительное углубление волны К. Углубления волны К авторы объясняют усилением кровотока в нисходящей аорте, большим

объемом крови в сосудах органов брюшной полости и таза.

Г. Я. Цукерман обследовал 300 здоровых беременных женщин и снимал у них баллистокардиограммы. При этом он установил увеличение зубцов К и L и нередко так называемое отклонение 1-й степени баллистокардиограммы по Броуну. После дозированной нагрузки баллистокардиограмма обычно нормализовалась, а баллистокардиографический индекс увеличивался.

Г. Я. Цукерман снимал баллистокардиограммы у 68 беременных с комбинированным митральным пороком и у 82 беременных с недостаточностью митрального клапана. Он установил, что при компенсированных пороках сердца баллистокардиограмма мало отличается от нормальной.

Дозированная физическая работа обычно не изменяет баллистокардиограмму или при скрытой недостаточности миокарда приводит к сдвигам до 3—4-й степени. При нарушении кровообращения 2-й степени баллистокардиограммы отличаются выраженностью зубцов L, N и H, малой амплитудой зубцов i и j и деформацией, свойственной 3—4-й степеням по Броуну.

Мы снимали баллистокардиограммы на двухканальном электрокардиографе, сконструированном на базе одноканального электрокардиографа ЭКП-4 с баллистокардиографическим датчиком системы ДОКа.

Наши наблюдения проведены над 15 здоровыми женщинами в первой половине беременности и над 20-ю—во второй. В первой половине беременности изменения кривых баллистокардиограмм не наблюдалось. Во второй половине беременности установлена глубокая волна К, которая составляет более 80% волны j. Отклонение от нормы 1-й степени по Броуну зарегистрировано у трех беременных из 20-ти, у которых в анамнезе имелись указания на перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, грипп, ангина).

Изучение баллистокардиограмм у 62 беременных с комбинированным митральным пороком сердца и у 38 с недостаточностью митрального клапана показывает, что степень отклонения от нормальных кривых баллистокардиограмм пропорциональна степени недостаточности кровообращения. При недостаточности кровообращения первой степени мы не всегда наблюдали изменения бал-

листокардиограмм (у 30 из 62), а если наблюдали, то не более чем первой степени по Броуну. При недостаточности кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени изменения баллистокардиограмм отмечены почти у всех больных (у 37 из 38), у половины эти изменения были второй степени по Броуну.

У большинства (у 75 из 100) волна К была глубокой, в пределах 6—7 мм, и составляла более 80% волны j.

Отношение отрезка jК к ij составляет более единицы и достигает 1,36. Баллистокардиографический индекс до некоторой степени служит показателем степени нормальности баллистокардиограммы и колеблется от 0,4 до 1,0 (Док Вильям*).

У наблюдаемых нами беременных баллистокардиографический индекс колебался от 0,38 до 0,68. Таким образом, баллистокардиография является одним из точных методов исследования и дает возможность обнаружить даже небольшие нарушения сократительной функции миокарда.

Сравнительно новым методом исследования, который почти еще не нашел применения в обследовании беременных женщин с заболеваниями сердца, является векторкардиография.

Обычный электрокардиограф фиксирует изменения разности потенциалов между двумя точками электрического поля сердца, и поэтому отражает изменения, которые происходят в плоскости данного электрокардиографического отведения.

Отечественный векторкардиограф ВЭК-01, сконструированный И. Т. Акулиничевым, дает возможность судить о разнице потенциалов между большим количеством точек сердечной мышцы, отражает величину и направление электродвижущей силы в каждый момент сердечного цикла, — все это открывает путь к более глубокому анализу изменений явлений в сердце и к расширению диагностических возможностей.

Г. Я. Цукерман снимал векторкардиограммы у 68 беременных с комбинированным митральным пороком серд-

* Док Вильям, Мендельбаум Гарри, Мендельбаум Роберт, Баллистокардиография, Медгиз, 1956 г., Перевод с английского под ред. В. В. Парина, стр. 283.

ца и у 82—с недостаточностью митрального клапана. Он пришел к выводу, что при векторкардиографии у данных больных определяется, в основном, три типа изменений характера петли QRS, изменяются взаимоотношения продольной оси петли QRS и T, изменяется площадь и форма петли QRS.

Нами векторкардиограммы снимались на векторкардиографе ВЭКС-0,1 по пятиплоскостной пирамидальной системе прекордиальных отведений, предложенной И. Т. Акулиничевым, у 100 беременных женщин с пороком сердца. Эта система предусматривает формирование следующих плоскостей:

- 1) плоскость передней поверхности сердца;
- 2) плоскость, проходящая через область левого желудочка;
- 3) плоскость, проходящая через область правого желудочка;
- 4) плоскость области верхушки и задней поверхности левого желудочка;
- 5) плоскость основания.

У 71 из 100 беременных возраст был до 30 лет, у 29-ти — свыше 30 лет, 48 женщин было первородящих и 52 — повторнородящих, комбинированный митральный порок был у 62, недостаточность митрального клапана — у 38. У 31 женщины ревматизм был в активной фазе, у 69-ти — в межприступном периоде. Недостаточность кровообращения первой степени была у 62 женщин, $\frac{1}{2}$ — у 27-ми и $\frac{2}{2}$ — у 11.

Векторкардиограммы снимались во второй половине беременности.

Вращение луча, при нормальных условиях, по развернутой векторкардиограмме во второй плоскости всегда происходит против часовой стрелки, а в третьей плоскости — по часовой стрелке, т. е. взаимно-противоположно. В 1-й, 4-й, 5-й плоскостях этой системы луч может вращаться как по часовой, так и против часовой стрелки.

У наблюдаемых нами больных с комбинированным митральным пороком сердца в первой плоскости вращение луча у половины (у 30 из 62) было по часовой стрелке, а у второй половины (у 32 из 62) — против часовой стрелки. Во второй плоскости у 58 из 62 больных — против часовой стрелки, а у 4-х — по часовой стрелке. В третьей плоскости у 58 из 62 больных — по часовой стрелке, а у

4-х — против часовой стрелки. В четвертой и пятой плоскостях у $\frac{1}{3}$ (у 21 из 62) вращение луча было по часовой стрелке и у $\frac{2}{3}$ — против часовой стрелки.

Следовательно, у четырех больных наблюдалось изменение вращения хода луча во второй и третьей плоскостях. Это были больные с активной фазой ревматизма, с комбинированным митральным пороком сердца, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. По мнению З. З. Дорофеевой и И. Ф. Игнатьевой, изменения вращения хода луча во второй и третьей плоскостях и нарушение закономерной противоположности его направления в них зависит от крайнего нарушения нормальных соотношений между отделами сердца и плоскостями проекции и никогда не встречается в норме. У четырех из наших больных наблюдалось увеличение обоих желудочков и левого предсердия и изменения миокарда их, что подтверждалось объективными данными, рентгеноскопией и электрокардиографией.

У больных с сердечной формой ревматизма петля на векторкардиограммах деформируется. Отмечается сужение или, наоборот, расширение, перекручивание, образование дополнительных больших осей, идущих в противоположные квадраты (З. З. Дорофеева, И. Ф. Игнатьева, В. С. Гасилин, Ю. П. Миронова).

У беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца наблюдалась форма петли QRS: у $\frac{2}{3}$ (у 40 из 62) — бобовидная, у $\frac{1}{6}$ — листовидная (у 10 из 62) и у $\frac{1}{6}$ (у 12 из 62) — веретенообразная.

У больных с недостаточностью митрального клапана форма петли QRS была листовидной (10), бобовидной (12), веретенообразной (16).

Деформация петли QRS отмечалась у $\frac{1}{3}$ из них (у 44 из 62), а именно: перекручивание (10), дополнительные петлеобразования (20), двуосевость (4), сужение (10). У беременных с недостаточностью митрального клапана у половины (у 19 из 38) отмечалась деформация петли QRS: перекручивание (у 7), дополнительные петлеобразования (у 12).

Деформация петель была пропорциональна степени недостаточности кровообращения.

Наши наблюдения над беременными женщинами с активной фазой ревматизма вполне согласуются с наблюдениями З. З. Дорофеевой и И. Ф. Игнатьевой, кото-

рые обнаружили деформацию петель, уменьшение относительных размеров основной оси у больных с возвратным миокардитом и с пороком сердца.

У 31 беременной с ревматизмом в активной фазе с комбинированным митральным пороком сердца на снятых векторкардиограммах наблюдались отчетливые изменения петли QRS, выражающиеся в дополнительных петлеобразованиях, в двуосевости, в асинхронизме. У 9 больных в первой и второй плоскостях наблюдалось перемещение петли QRS и T в 4-й и 5-й квадрат. Очевидно, деформация петли QRS у данных больных объясняется как дистрофическими изменениями в миокарде, развившимися в связи с наличием комбинированного митрального порока сердца, так и активным ревматическим процессом в нем. Расширение петли QRS, связанное с увеличением ее переходной части — желудочковый асинхронизм, свидетельствует о гипоксии миокарда у беременных женщин, преимущественно с недостаточностью кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени.

Максимальный вектор петли QRS как у больных с комбинированным митральным пороком сердца, так и с недостаточностью митрального клапана колеблется от 8 до 49 мм. Однако у большинства он остается в пределах до 30 мм. Увеличение максимального вектора петли QRS отмечалось у больных с недостаточностью кровообращения $1/2$ степени, у одной больной присоединилась нефропатия с повышением артериального давления до 170/100 мм. Очевидно, увеличение максимального вектора петли QRS обусловлено гипертрофией миокарда левого желудочка и гипертонией, что согласуется с наблюдениями В. С. Гасилина, Ю. П. Мироновой.

Ширина петли QRS колеблется от 1 до 19 мм, но у большинства она не превышает 9 мм и в среднем составляет $1/3$, $1/4$ часть ее длины.

Петля T, по данным И. Т. Акулиничева, в норме имеет слегка овальную форму, располагается внутри петли QRS с небольшим ($15-30^\circ$) отклонением вправо, не выходя за пределы последней.

У беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца и с недостаточностью митрального клапана наблюдалась преимущественно овальная форма петли T и иногда вытянутая. Длина петли T колебалась от 1 до 11 мм, ширина — от 1 до 3 мм, и только у больной

с комбинированным митральным пороком сердца и с блокадой ножки пучка Гиса ширина ее достигала 7 мм. Петля Т вне петли QRS была у 16 больных с комбинированным митральным пороком сердца, причем у 9-ти из них была активная фаза ревматизма.

Расхождение максимальных осей петли QRS и Т под углом более 30° (по данным И. Т. Акулиничева, И. И. Белова) является признаком диффузного поражения миокарда. Мы наблюдали у 12 беременных с комбинированным митральным пороком сердца и у 6-ти с недостаточностью митрального клапана увеличения угла расхождения максимальных осей вектора QRS и Т от 30 до 150° . Это были больные с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени, у которых наблюдались дистрофические изменения в миокарде, которыми можно объяснить увеличение угла расхождения.

Э. А. Кянджунова и В. И. Маколкин выделяют три типа векторкардиограмм, соответствующих трем типам электрокардиограмм: с вертикальным, с промежуточным и горизонтальным положением электрической оси сердца.

Проведенные нами наблюдения указывают, что у большинства беременных с комбинированным митральным пороком сердца (у 39 из 62) и у больных с недостаточностью митрального клапана (у 23 из 38) наблюдается горизонтальное положение электрической оси сердца, что соответствует направлению электрической оси сердца на снятых электрокардиограммах.

Мы снимали векторкардиограммы у 25 здоровых беременных женщин в возрасте до 30 лет. На всех векторкардиограммах ход луча был правильный. Форма петли QRS чаще была листовидной (у 15) и веретенообразной (у 8 из 25) и только у двух была бобовидной. Деформация петли QRS отмечена у 7 беременных из 25. Она выражалась в перекручивании и не сочеталась с другими патологическими изменениями векторкардиограмм. И. И. Быков деформацию петли QRS в виде восьмерки объясняет переменным, по скорости, нарастанием электродвижущей силы сердца то по горизонтали, то по вертикали. Подобная форма петли встречается и у здоровых беременных женщин, и не говорит о патологии сердечно-сосудистой системы.

Длина петли QRS не превышает 40 мм, а ширина— 8 мм и составляет $\frac{1}{3}$ и $\frac{1}{4}$ части ее длины.

Длина вектора Т остается в пределах 8 мм, а ширина— 3 мм.

Угол расхождения векторов QRS и Т не превышает 40° . Петли QRS и Т в секторах расположены правильно. Положение электрической оси сердца у большинства (яли у 16 из 25) было горизонтальное. Векторкардиограммы, снятые Г. Я. Цукерманом, у 300 здоровых беременных указывали на изменения конфигурации петли QRS и взаиморасположение ее и петли Т.

Таким образом, у здоровых беременных женщин никаких отклонений от нормы векторкардиограммы не зафиксировали. Однако отмечено преимущественно горизонтальное положение электрической оси сердца.

Векторкардиография является новым методом исследования, еще мало изученным. Этот метод служит важным дополнительным исследованием в диагностике поражения миокарда. Зарегистрированные нами изменения вращения хода луча во второй и третьей плоскостях, бобовидная форма петли QRS с некоторым удлинением переходной ее части, двуосевость, дополнительные петлеобразования, вдавливания, расхождение максимальных осей векторов петли QRS и Т более чем на 45° встречаются преимущественно на векторкардиограммах у беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца с недостаточностью кровообращения и указывают на изменения миокарда.

Таким образом, данный метод исследования позволяет глубже понять изменения, происходящие в миокарде, в частности дистрофические, очаговые, и выявить гипоксию миокарда.

Следовательно, новые методы диагностики, в частности баллистокардиография и векторкардиография, значительно расширяют диагностические возможности в оценке функции миокарда, что особенно важно при ведении беременности и родов у женщин с заболеваниями сердца.

Остановимся более подробно на особенностях течения беременности и родов при различных заболеваниях сердца.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Причиной приобретенных пороков сердца преимущественно является ревматизм.

По данным Б. А. Черногубова*, митральные пороки сердца имеют ревматическую этиологию в 96,5%. Чаще встречается недостаточность двустворчатого клапана и сужение левого предсердно-желудочкового отверстия, которые составляют не менее 50% всех пороков, причем у мужчин он встречается реже, чем у женщин, соответственно в 30,5% и в 65,5%.

Врачу часто приходится решать трудный и ответственный вопрос о возможности беременности и родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца. По данному вопросу Г. Ф. Ланг пишет, что дело не в оценке состояния сердца в данное время, а в решении гораздо более трудного вопроса—каким оно будет через 6—9 месяцев беременности.

В. Ф. Зеленин обращает особое внимание на быстро наступающую декомпенсацию сердечной деятельности при митральном стенозе. Это объясняется тем, что вся тяжесть уравнивания порока падает, главным образом, на левое предсердие, с его слабой мускулатурой, а правый желудочек, при затруднении внутригрудного кровообращения, часто не справляется с непосильной нагрузкой, и наступает стойкая декомпенсация.

Г. Г. Гентер считает, что особенно неблагоприятно беременность протекает при стенозе левого венозного отверстия, и поэтому он рекомендует прерывать беременность, не дожидаясь наступления явлений сердечной недостаточности. Такого же мнения придерживается и А. П. Николаев.

Наши наблюдения, проведенные в родильном доме № 1 г. Горького и в Горьковской областной больнице имени Семашко, с 1946 по 1958 год включительно, над 192 беременными с комбинированным митральным пороком сердца показали, что прогноз беременности во многом за-

* Труды XVI научной конференции врачей Московской области, Затяжной септический эндокардит, Под ред. Б. А. Черногубова, М. 1950 г., стр. 14.

висит от фазы ревматизма и от того, преобладает ли стеноз атриовентрикулярного отверстия или недостаточность митрального клапана, а также от функционального состояния миокарда.

У наблюдаемых нами больных в этиологии комбинированного митрального порока был ревматизм, перенесенный до беременности. Во время беременности у 177 женщин ревматизм был в межприступном периоде, а у 15.—диагностирован рецидивирующий ревматический эндокардит.

Недостаточность кровообращения встречалась у 180 беременных из 192.

Наиболее частой причиной недостаточности кровообращения являются нарушения в работе сердца, связанные с сократительной функцией миокарда. Дистрофические, биохимические изменения в рабочей мускулатуре миокарда служат ближайшей причиной нарушения его функции.

Проявления сердечной недостаточности многообразны. При определении степени недостаточности кровообращения мы пользовались классификацией Г. Ф. Ланга с уточнением, предложенным В. Г. Вограликом. Степень недостаточности кровообращения регистрируется дробно. В числителе дроби отмечается степень недостаточности левого сердца, а в знаменателе — правого сердца. Дробь в целом характеризует функцию всего сердца.

Ниже мы приводим дифференциально-диагностическую схему недостаточности кровообращения, предложенную В. Г. Вограликом* (табл. 2).

Приведенная дифференциально-диагностическая схема проста, так как построена на применении наиболее доступных методов исследования, поэтому мы рекомендуем пользоваться ею при определении степени недостаточности кровообращения у беременных женщин.

Мы изучали влияние возраста на недостаточность кровообращения.

В литературе имеются указания, что после 30 лет недостаточность кровообращения у беременных женщин с заболеванием сердца встречается чаще. У наблюдаемых 106 беременных женщин в возрасте до 30 лет мы

* Вогралик В. Г., О классификации недостаточности кровообращения. Вопросы гипертонической болезни и недостаточности кровообращения, Горький 1951 г., стр. 291.

видели соотношение степени недостаточности кровообращения почти такое же, как и у 86 больных в возрасте старше 30 лет, поэтому прямой зависимости между возрастом и степенью недостаточности кровообращения у данных больных установить нельзя.

Таблица 2

Дифференциально-диагностическая схема недостаточности кровообращения право- и левожелудочковой недостаточности

Признаки	Норма	Лево-желуд.	Право-желуд.	Тотальная
Одышка	—		±	+
Кашель с пенистой мокротой, иногда кровохарканье	—	±	—	±
Хрипы в ниже-задних отделах легких	—	±	—	+
Снижение нижних границ легких и уменьшение их дыхательной подвижности после нагрузки	—	±	—	+
Рентгенологически: расширенные корни легких, усиленный бронхо-сосудистый рисунок, мутные поля легких	—	+	—	+
Уменьшение жизненной емкости легких, также предела и резерва дыхания	± 10%	10—20%	—	10—20%
Увеличенная, плотная, болезненная печень	—	—	+	+
Застойные явления в других органах брюшной полости	—	—	±	±
Отеки век утрами, отеки ног вечерами	—	—	±	±
Повышение венозного давления	50—100 мм	—	±	±
Замедление скорости кровотока с эфиром	4—8 сек.	—	+	+
Увеличение разницы: цититонов-эфирное время	4—8 сек.	+	—	+
Относительное повышение t° в прямой кишке, сравнительно с t° подмышечной впадины	0,1—0,3 $^{\circ}$	—	+	+
Никтурия	—	—	+	+
Положительная водная проба Кауфмана	—	—	+	+

Особое внимание должно быть обращено при заболеваниях сердца на число беременностей. Каждая беременность предъявляет к организму повышенные требования, в том числе и к функции кровообращения. С этой повышенной нагрузкой больное сердце не всегда справляется, наступают признаки недостаточности кровообращения.

Так, у 50 из 70 беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца, имеющих первые и вторые роды, наблюдалась недостаточность кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени. Поэтому нужно обращать особое внимание на течение предыдущей беременности. Если имеются указания на недостаточность кровообращения при первых беременностях, то к этим больным следует относиться особенно бережно, так как при последующей беременности недостаточность кровообращения чаще возобновляется уже с первых ее месяцев.

Проведенные нами наблюдения над 192 беременными женщинами с комбинированным митральным пороком сердца дают возможность утверждать, что признаки правожелудочковой недостаточности кровообращения встречаются чаще, чем левожелудочковой (табл. 3).

Более выраженную степень недостаточности кровообращения по правому сердцу можно, отчасти, объяснить тем, что при комбинированном митральном пороке сердца, особенно при преобладании стеноза, вскоре к компенсаторной гипертрофии левого сердца присоединяется тоногенная дилатация правого желудочка, так как повышение давления в малом кругу кровообращения, высокое стояние диафрагмы и повышение внутригрудного давления, обусловленное беременностью, создают неблагоприятные условия для работы правого желудочка.

Рассматривая степень недостаточности кровообращения отдельно по правому и левому сердцу мы можем более правильно и дифференцированно подойти к назначению лечебных и профилактических мероприятий во время беременности и родов.

Наблюдения за беременными женщинами с комбинированным митральным пороком сердца показывают, что в одних случаях беременность заканчивается благоприятно, а в других недостаточность кровообращения начинается с первых месяцев беременности, держится стойко, трудно поддается лечению.

Таблица 3

Степень недостаточности кровообращения у беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца до лечения

	Общее кол-во		Первичные					Повторные						
	первичн.	повторн.	б/н.	/1	0/1	1/2	2/2	3/3	б/н.	0/1	1/1	1/2	2/2	/3
Комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности . .	26	78	8	4	10	3	1	—	3	3	25	41	6	—
Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза	27	21	1	—	8	7	10	1	—	—	5	8	8	—
Комбинированный митральный порок, рецидивирующий ревматический эндокардит	7	8	—	—	1	2	3	1	—	—	—	3	5	—
Комбинированный митральный порок, мерцательная аритмия	7	3	—	—	2	1	3	1	—	—	—	—	3	—
Комбинированный митральный порок, нарушение проводимости	4	2	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	2	—
Комбинированный митральный порок, недостаточность аортальных клапанов . . .	3	2	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	1	1

	Общее кол-во		Первичные						Повторные					
	первичн.	повторн.	б/н.	0/1	1/1	1/2	2/2	2/3	б/н.	0/1	1/1	1/2	2/2	2/3
Комбинированный митральный порок, состояние после митральной комиссуротомии . .	3	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	1
Итого	77	115	9	4	24	16	21	3	3	3	30	52	25	2

Благоприятный исход беременности во многом зависит от особенностей течения заболевания.

Недостаточность кровообращения во время беременности была выражена у тех больных, у которых преобладал стеноз предсердно-желудочкового отверстия, наблюдалась мерцательная аритмия, активная фаза ревматизма или присоединилась недостаточность аортальных клапанов.

Увеличение степени недостаточности кровообращения у 15 больных было связано с рецидивирующим ревматическим эндокардитом, у 35-ти—в связи с перенесенными инфекциями (грипп, острый катар верхних дыхательных путей) и у некоторых больных с нарушением режима.

Остановимся более подробно на характеристике течения беременности у больных с комбинированным митральным пороком сердца.

Беременные женщины с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием недостаточности, имели возраст до 35 лет и преимущественно были повторнородящими (78 из 104). Все 104 больных, за исключением 12, с начала беременности были осмотрены врачом терапевтом и акушером-гинекологом, и для каждой из этих больных составлялся план ведения беременно-

сти. При появлении жалоб на одышку при движении, на быструю утомляемость, учащенное дыхание и сердцебиение больные госпитализировались в терапевтическом стационаре или в палате беременных родильного дома. 14 больных лечились однократно в течение 15 дней, 30 больных лежали дважды по месяцу, 48 больных лечились по полтора месяца более двух раз и только 12 больных лечились амбулаторно.

В итоге проведенного лечения на протяжении беременности и перед родами количество больных без недостаточности кровообращения увеличилось более чем в два раза (с 11 до 28) и уменьшилось количество больных с недостаточностью кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени более чем в четыре раза (с 51 до 12).

Это убедительно показывает, какое огромное значение имеет неоднократное стационарное лечение данных больных во время беременности и перед родами. В качестве примера приведем больную Ч.

Больная Ч., 40 лет, беременность 28 недель; диагноз: комбинированный митральный порок, недостаточность кровообращения $2/2$.

Беременность—восьмая, роды—пятые. Во время предыдущих беременностей недостаточности кровообращения не было. Больная очень хотела сохранить именно эту беременность, от второго брака. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, воспаление легких, ревматизм с 1936 года. Недостаточность кровообращения появилась со второй половины беременности. Лечилась стационарно в участковой больнице—дважды, в течение 23 дней, продолжала беспокоить одышка, сердцебиение, отеки на ногах. Больная была направлена в больницу для срочного прерывания беременности.

При объективном обследовании установлены отеки на нижних конечностях, в легких жесткое дыхание, число дыханий 25 в 1 мин. Границы сердца увеличены влево за среднеключичную линию на 2 см, вверх — до верхнего края третьего ребра и вправо — за правый край грудины на 1,5 см. Поперечник сердца — 16 см (норма 12,3), длинник — 17 см (норма 13,3). Выслушивались два тона, ритмичные, и два шума: пресистолический и систолический, акцент второго тона над легочной артерией. Артериальное давление — 115/55 мм рт. ст., венозное давление — 125 мм водяного столба, скорость кровотока с эфиром — 12 сек., с лобелином — 24 сек., проба Штанге — 40 сек. Печень увеличена на 3,5 см, ее размеры — 15—10—9 см. Температура нормальная, РОЭ — 8 мм в 1 час. Баночная проба отрицательная. Рентгеноскопия: усиленный рисунок легких, сердце митральной конфигурации, границы увеличены за счет левого желудочка и отчасти левого предсердия. Левая граница сердца заходит за среднеключичную линию на 1,5—2 см. Пульсация неглубокая, тень аорты усилена. Электрокардиограмма: правограмма. Диффузное изменение миокарда, больше правого желудочка.

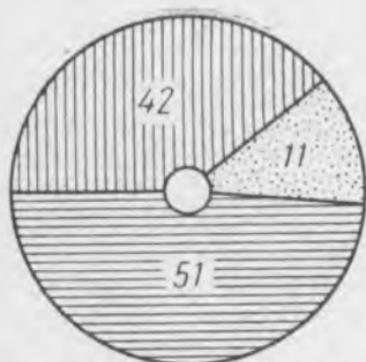
На основании обследования больной установлен диагноз: ревматизм, межприступный период, сердечная форма, комбинированный митральный порок сердца, недостаточность кровообращения $1/2$ степени. Решено было беременность оставить и продолжить лечение. Больная получала постельный режим, диету с ограничением жидкости, назначались фруктово-творожные дни, хлористый аммоний, меркузал, внутривенные вливания глюкозы со 0,05% строфангином по 0,5 мл — два раза в день (вводился медленно), в течение 10 дней, с перерывами 10—15 дней; горицвет с кофеином; кислород, дыхательная гимнастика.

В результате непрерывного стационарного лечения в течение 54 дней состояние больной улучшилось, и перед родами недостаточность кровообращения была $0/1$ степени. Больная допущена к самопроизвольным родам, которые продолжались 8 час. 10 мин., артериальное давление после родов 105/65, венозное — 90 мм водян. столба. Родился мальчик, весом 3650 г, длиной 50 см. Кровапотеря — 250 мл. Послеродовой период протекал нормально, и больная на 20-й день пребывания выписана со здоровым ребенком в удовлетворительном состоянии, без недостаточности кровообращения. Через три года больная осмотрена. Она чувствует себя удовлетворительно, недостаточности кровообращения нет. Ребенок здоров, нормально развивается, вскармливался грудью матери.

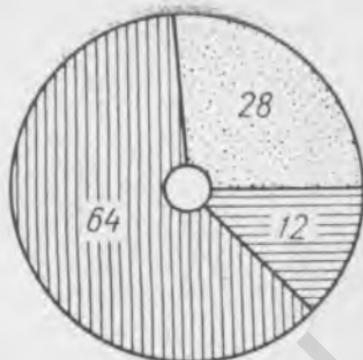
Данный пример показывает, что после своевременного, длительного стационарного лечения может наступить благоприятный исход беременности и родов у женщины с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности, с недостаточностью кровообращения $2/2$ степени.

У 12 больных, которые лечились амбулаторно, а не в стационаре, степень недостаточности кровообращения не снижалась, а у 3 больных даже наступило ухудшение. Хороший эффект мы видели от комплексной терапии, проводимой в терапевтическом стационаре больницы или в палате беременных, которая заключалась в режиме, диете, в физиотерапии и в лекарственной терапии. Из стационара беременные выписывались при максимальном снижении степени недостаточности кровообращения. Перед родами они вновь госпитализировались в палату беременных за две-три недели. Степень недостаточности кровообращения у беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца до лечения и после него перед родами представлены на рис. 5.

В итоге, беременность у 104 больных с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности, закончилась: самопроизвольными родами — у 72, наложением щипцов — у 15, операцией кесарево сечение — у 8 и у 9 беременных наступили преждевре-



До лечения



После лечения, перед родами

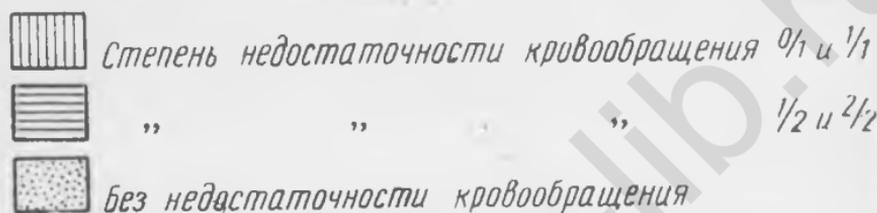


Рис. 5. Степень недостаточности кровообращения у беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности— до лечения и после лечения — перед родами. Всего обследовано 104 больных.

менные роды. Все больные выписаны после родов в удовлетворительном состоянии.

Мы считаем, что большую роль в благоприятном исходе беременности у данных больных играет длительное, неоднократное стационарное лечение в течение беременности и профилактическое лечение перед родами.

Беременные женщины с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза, имели возраст до 32 лет.

Первородящих было 27, повторнородящих — 21.

Наши наблюдения показывают, что при комбинированном митральном пороке сердца, с резким преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения наблюдается с первых месяцев беременности. У этих больных рано определяются застойные явления в легких, гипертрофия правого желудочка, и, если лечение начинается несвоевременно или проводится амбулаторно, а не в стационаре, наступает слабость правого желудочка, развивается застой в венозной системе большого круга.

Из 48 больных с митральным стенозом у 19-ти уже с четвертого месяца беременности появился кашель с мокротой, в которой содержались прожилки крови. В нижних отделах легких прослушивались влажные и крепитирующие хрипы. Печень была увеличена на 2—3 см, венозное давление повышалось до 160—170 мм водяного столба, определялись отеки на ногах. Все это говорило о наличии недостаточности кровообращения второй степени.

У 15 больных одышка, сердцебиение и отеки на нижних конечностях наблюдались с 5-го месяца беременности. В легких выслушивалось жесткое дыхание и сухие хрипы, печень была увеличена на 1,5—2 см. Венозное давление повышалось до 145—150 мм водяного столба, что указывало на недостаточность кровообращения $1/2$ степени.

У 13 больных одышка, сердцебиение наблюдалось только при движении, а при объективном обследовании у них была установлена первая степень недостаточности кровообращения. Только одна больная чувствовала себя хорошо и никаких жалоб не предъявляла.

При митральном стенозе левое предсердие с его слабой мускулатурой не справляется с работой, развивается застой в малом кругу, повышается давление в легочной артерии, правый желудочек гипертрофируется, размеры его увеличиваются и развивается правожелудочковая недостаточность.

Во время беременности работа сердца затрудняется в связи с увеличением массы циркулирующей крови, повышением внутрибрюшного давления, затруднением венозного кровообращения, вследствие уменьшения присасывающего действия грудной клетки. Поэтому у беременных с митральным стенозом уже с четвертого-пятого месяца беременности наблюдается недостаточность кровообращения и более чем у половины больных—второй степени.

Следовательно, при митральном стенозе беременность ухудшает состояние здоровья женщины, поэтому если беременность оставлена, то больная должна находиться под неустанным наблюдением врача, лечиться стационарно длительно и неоднократно.

Амбулаторное лечение не всегда дает хорошие результаты. Так, амбулаторное лечение 5 беремен-

ных с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза, не только не дало улучшения, но у одной больной недостаточность кровообращения с $1/2$ степени увеличилась по малому кругу кровообращения до второй степени. При однократном лечении в течение 15 дней из 6 больных улучшение наступило лишь у одной больной, а при двух- и трехкратном стационарном лечении степень недостаточности кровообращения у 22 больных из 37 уменьшилась. Эти данные подтверждают эффективность длительного стационарного неоднократного лечения беременных с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза (рис. 6).

Так, например, больная Ш., 30 лет, беременность и роды первые. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, малярию. Поступила под наблюдение терапевта со второго месяца беременности по поводу комбинированного митрального порока, с преоб-

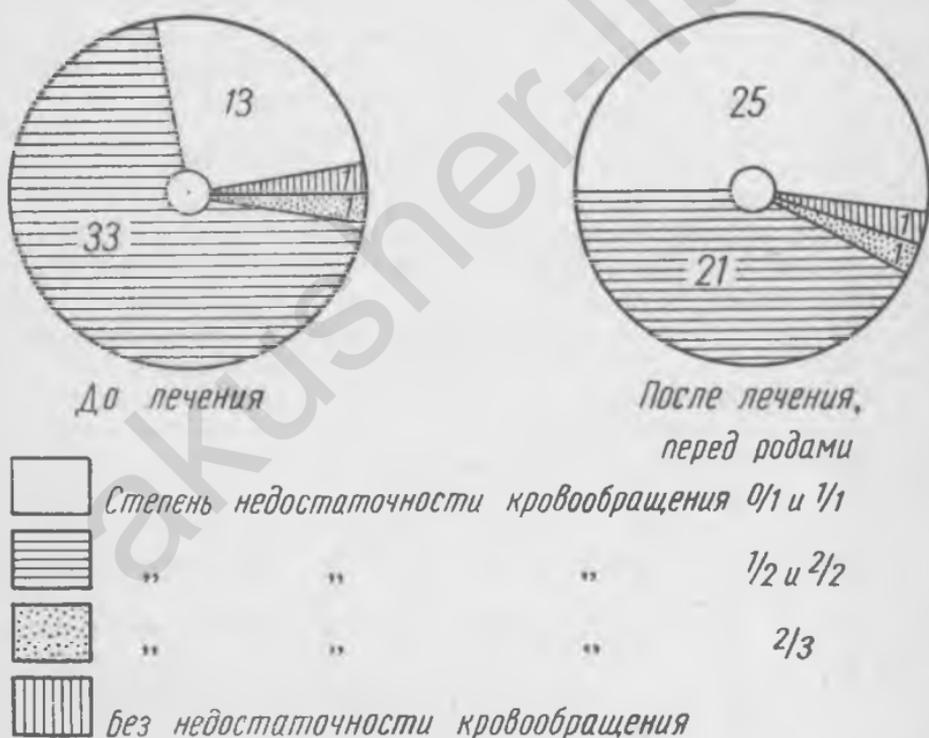


Рис. 6. Степень недостаточности кровообращения у беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза — до лечения и после лечения — перед родами. Всего обследовано 48 больных.

ладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. От прерывания беременности категорически отказалась. Три раза по месяцу лежала в палате беременных, где проводилось соответствующее лечение. Перед родами лечилась непрерывно в течение 63 дней. Соблюдала постельный режим, была назначена диета с ограничением жидкости и соли, богатая витаминами, периодически проводились творожные дни: творог 600 г, сметана 100 г, сахар 50 г. В первые дни госпитализации вводился 0,05% строфантин — по $\frac{1}{2}$ мл в 20 мл 40% глюкозы — два раза в день, медленно в течение 3—5 минут. После уменьшения степени недостаточности кровообращения получала дигиталис по 0,1 три раза в день, под тщательным контролем пульса. За две недели до родов дигиталис был отменен и через три дня назначен строфантин. В итоге проведенной терапии степень недостаточности кровообращения перед родами уменьшилась с $\frac{1}{2}$ до $\frac{1}{4}$. Больная допущена к самопроизвольным родам, но решено выключить период изгнания наложением акушерских щипцов. Перед родами введена 20% камфара — 3 мл, 0,05% строфантин — $\frac{1}{2}$ мл в 20 мл 40% глюкозы (медленно), непрерывно давался кислород.

В первый период родов пульс 86 ударов в одну минуту, артериальное давление—110/60, венозное давление—123 мм водяного столба. Во втором периоде родов пульс 92 в одну минуту, артериальное давление—110/60, венозное давление—123 мм водяного столба. Наложены выходные щипцы под общим эфирным наркозом. В третьем периоде родов пульс 82 удара в одну минуту, артериальное давление—103/80, венозное—135 мм. Роды продолжались 3 час. 46 мин.

После родов родильницу беспокоила одышка, кашель со слизистой мокротой, сердцебиение. Больная продолжала соблюдать строгий постельный режим, получала кислород, внутривенные вливания строфантина с глюкозой, инъекции кофеина, камфары. Пульс 102 в одну минуту, артериальное давление—100/75, венозное—152 мм водяного столба. В послеродовом периоде наблюдалось понижение пульсового давления до 25 мм и повышение венозного давления, чего не отмечается у здоровых родильниц. На второй день после родов состояние здоровья больной резко ухудшилось, развилась острая левожелудочковая недостаточность. Срочно были приняты следующие меры: введен 1% морфин — 1 мл, 0,05% строфантин (медленно) — 1 мл в 40 мл 40% глюкозы, 20% камфара — 3 мл, 10% кофеин — 1 мл, 0,1% атропин — 1 мл, кислород, поставлены банки на область легких, грелки к ногам. Больная выведена из состояния острой левожелудочковой недостаточности. В течение 25 дней после родов лечение продолжалось в родильном доме.

Выписана в удовлетворительном состоянии, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{4}$ степени. Женщина находилась под диспансерным наблюдением. Осмотрена через семь лет после родов. Больная продолжает работать почтовым работником, чувствует себя удовлетворительно, но несколько хуже, чем до беременности и родов. Дочь хорошо развивается, учится в школе.

Данный пример показывает, что и после родов у родильницы с митральным стенозом может развиваться ост-

рая левожелудочковая недостаточность, что нужно иметь в виду при ведении послеродового периода у данных больных.

Постоянное наблюдение и лечение беременных и правильное ведение родов у женщин с комбинированным митральным пороком, с преобладанием стеноза, дает возможность сохранить беременность. Однако нужно иметь в виду, что состояние здоровья после родов нередко ухудшается.

В итоге, у 48 беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза, самопроизвольные роды наблюдались у 20, у 9 — период изгнания был выключен наложением щипцов, у 12 — при начале родовой деятельности сделано кесарево сечение, у 9 — роды были преждевременными.

Исход беременности у данных больных лишний раз показывает, что при митральном стенозе к разрешению беременности следует подходить строго индивидуально, учитывая не только степень стеноза, но и функциональное состояние миокарда.

Мы наблюдали 10 больных с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза и с мерцательной аритмией. Трое из них имели возраст до 30 лет и 7 — более 30 лет. Из них: первородящих — 7 и повторнородящих — 3. У 4 больных наблюдалась тахисистолическая форма мерцательной аритмии, а у 6-ти — брадисистолическая.

Во время беременности у 7 больных одышка стала постоянной, появился кашель со слизистой мокротой. При объективном обследовании определялись отеки на нижних конечностях, застойные явления в легких, увеличение границ сердца влево до 2 см, вверх до 2-го межреберья и вправо на 1,5 см за правый край грудины; венозное давление повысилось до 145 мм водяного столба, разница цититонов-эфирного времени увеличилась до 15 сек., печень выходила из-под реберного края от 2 до 3 см.

Все это указывало на ухудшение состояния здоровья в связи с беременностью. Эти беременные длительно и неоднократно лечились в стационаре, им назначался постельный режим, в качестве разгрузочных дней применялись молочные, фруктовые, яблочные дни. Назначался кислород, хлористый аммоний по 0,5 — три раза

В день, меркузал (при нормальной моче) по 1 мл внутримышечно, камфара, кофеин и наперстянка, которая способствует уменьшению импульсов, передающихся от предсердий к желудочкам и тем самым замедляет их ритм. Наперстянка мерцание не устраняет, а в некоторых случаях может даже вызвать его. Это действие наперстянки Г. Ф. Ланг объясняет тем, что, усиливая тонус блуждающего нерва, наперстянка укорачивает рефрактерную фазу мускулатуры предсердий. Поэтому рекомендуется одновременно с наперстянкой назначать хинидин, который уменьшает возбудимость мышцы предсердий и удлиняет ее рефрактерную фазу. Но при назначении хинидина нужно иметь в виду, что он обладает относительно высокой токсичностью, так как угнетает окислительные процессы, поэтому применение его при выраженной недостаточности кровообращения не показано.

У наблюдаемых нами больных недостаточность кровообращения была преимущественно $1/2$ и $2/2$ степени, поэтому мы хинидин почти не назначали. Больным с недостаточностью кровообращения второй степени назначался внутривенно строфантин или коргликон с глюкозой.

Несмотря на длительное стационарное лечение, степень недостаточности кровообращения у беременных женщин с митральным стенозом с мерцательной аритмией почти не уменьшалась и перед родами у большинства была $1/2$ и $2/2$ степени. Поэтому у половины больных (у 5 из 10) родоразрешение проведено путем кесарева сечения, у трех рожениц выключена потужная деятельность наложением щипцов, а у двух наступили преждевременные роды.

Такой исход родов у женщин с митральным стенозом и с мерцательной аритмией указывает на то, что к разрешению беременности таким больным нужно подходить строго индивидуально, и если наблюдается недостаточность кровообращения уже с первых месяцев беременности, то лучше ее прервать путем аборта. Наши больные от прерывания беременности категорически отказались, поэтому лечебные мероприятия направлялись на максимальное снижение степени недостаточности кровообращения и улучшение состояния здоровья беременных перед родами.

Мы наблюдали 6 больных с комбинированным митральным пороком сердца и нарушением функции прово-

димости. Это были молодые женщины в возрасте до 30 лет, первородящих — 4 и повторнородящих — 2. У 4 больных установлена первая степень нарушения атриовентрикулярной проводимости, у одной — вторая и у одной — третья. У всех 6 больных причиной нарушения атриовентрикулярной проводимости был ревматизм, перенесенный в детстве.

В момент обследования активной фазы ревматизма не установлено. Температура была стойко нормальной, ночная проба отрицательная, РОЭ — в пределах 15—20 мм в 1 час.

Ведение беременности при нарушении функции проводимости освещено в литературе недостаточно. Так, В. Ф. Зеленин по данному вопросу пишет, что ему известны две беременности при поперечной диссоциации. Один случай описал Нониа (Nonia) из Тулузы, о другом доложено на заседании Московского терапевтического общества. У обеих больных было по две беременности, без каких-либо заметных последствий для сердечно-сосудистого аппарата.

У наших четырех больных с первой степенью нарушения атриовентрикулярной проводимости мы также не видели ухудшения состояния здоровья. Они двухкратно в течение 35 дней лечились в палате беременных. В результате, перед родами по левому сердцу недостаточность кровообращения первой степени была у одной больной, а до лечения — у четырех, по правому сердцу — недостаточность снизилась со второй степени до первой.

Остановимся более подробно на анализе истории болезни больной Б., имеющей вторую степень нарушения атриовентрикулярной проводимости.

Больная Б., 24 лет. Беременность и роды первые. Из перенесенных болезней отмечает корь, грипп, ангину. Росла в деревне, помнит рассказ матери о предупреждениях врачей о том, что ее дочь сможет дожить только до 8 лет из-за заболевания сердца. В 14 лет при медицинском осмотре в школе врач предупредил ее: «Девочка, тебе нельзя выходить замуж, так как нельзя рожать». Такой анамнез указывает на давность заболевания.

С наступлением беременности до 20 недель чувствовала себя удовлетворительно. В дальнейшем появилась слабость, боли в области сердца, головокружение, повышенная раздражительность. При объективном обследовании установлено, что со стороны легких изменений нет. Верхушечный толчок определяется на 1 см за среднеключичную линию в пятом межреберье. Верхняя граница — на

третьем ребре, левая — за среднелючичную линию на 1 см, правая — на 1 см за правый край грудины. Выслушивались два тона, ритмичные, замедленные, первый тон — хлопающий и два шума: систолический и диастололический, акцент второго тона — над легочной артерией. Пульс 44 удара в 1 минуту. Артериальное давление — 130/40, венозное — 115 мм водяного столба, РОЭ — 3 м/м в час, баночная проба отрицательная. При рентгеноскопии: легочные поля чистые. Контур левого желудочка округлен, пульсация большой амплитуды. Резкая брадикардия. Аорта в пределах нормы. Реакция Вассермана — отрицательная. Данные электрокардиограммы указывают на наличие неполной атриовентрикулярной блокады с периодами Венкебаха (рис. 7).

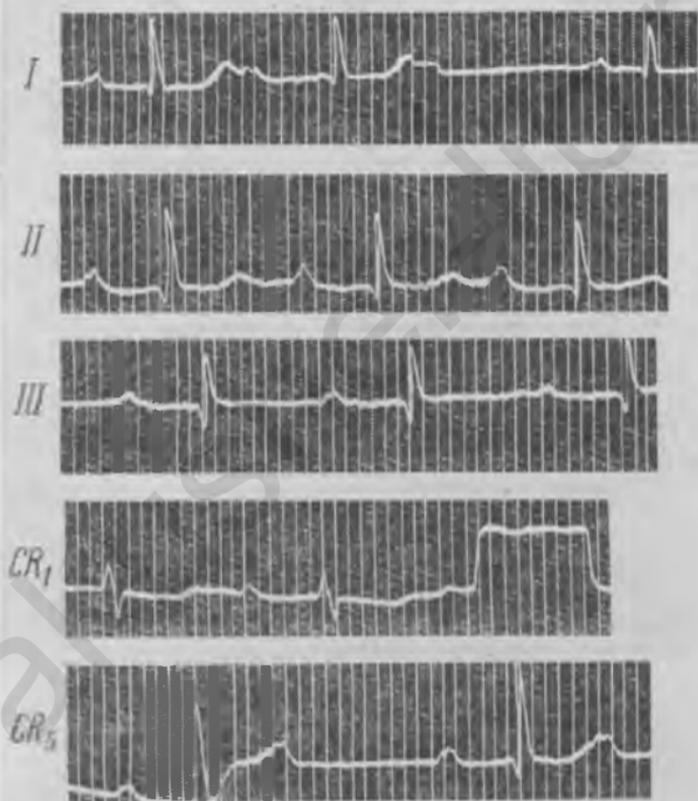


Рис. 7. Электрокардиограмма во время 32-недельной беременности больной Б. Ритм синусовый, PQ интервал резко изменен от 0,21 — 0,25" до 0,32". QRS = 0,06", QRST = 0,41" (N 0,33—0,46"). RC = 0,70—1,30". P = 86—46 в 1". Выпадение желудочкового комплекса в первом отведении и в CR_v.

Заключение: неполная атриовентрикулярная блокада с периодами Венкебаха-Самойлова.

На основании изложенного установлен диагноз: ревматизм, комбинированный митральный порок, неполная атриовентрикулярная диссоциация, недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Во время беременности проведено стационарное лечение в течение 18 дней. Перед родами подготовка продолжалась 20 дней. Недостаточность кровообращения уменьшилась с $\frac{1}{2}$ до $\frac{1}{4}$ степени. Роды были быстрые, продолжительность 3 час. 50 мин.: первый период продолжался 2 час. 38 мин., второй — 42 мин., третий — 30 мин., кровопотеря выразилась в 100 мл. Вес ребенка — 2680 г, длина — 48 см, окружность головы — 32/30 см. Родильница выписана в удовлетворительном состоянии на 20-й день после родов без недостаточности кровообращения. Через три года больная осмотрена. Она чувствует себя удовлетворительно. Ребенок здоров, вскармливался грудью матери. Через год после родов больная перенесла повторный приступ ревматизма, после которого неполная поперечная диссоциация перешла в полную (рис. 8).

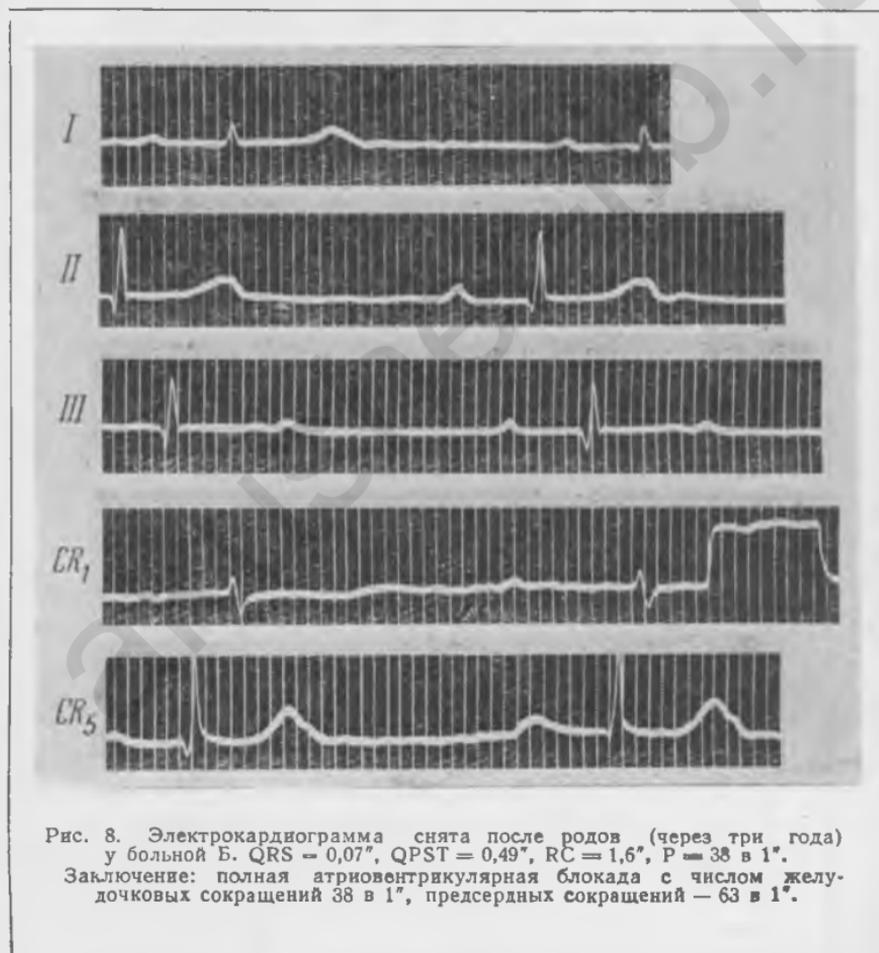


Рис. 8. Электрокардиограмма снята после родов (через три года) у больной Б. QRS = 0,07", QPST = 0,49", RC = 1,6", P = 38 в 1".

Заключение: полная атриовентрикулярная блокада с числом желудочковых сокращений 38 в 1", предсердных сокращений — 63 в 1".

Данный пример показывает, что при неполной атрио-вентрикулярной блокаде беременность закончилась нормальными родами.

Мы наблюдали благоприятный исход беременности и родов при комбинированном митральном пороке и полной атриовентрикулярной диссоциации.

В. Ф. Зеленин указывает, что полная предсердно-желудочковая блокада может протекать при совершенно субъективном благополучии больного и отсутствии сердечной недостаточности.

Наблюдаемая нами больная И., 23 лет, первородящая. За год до беременности диагностирован ревматизм, комбинированный митральный порок, недостаточность кровообращения $\frac{1}{4}$ степени. С третьего месяца беременности появилась одышка. При объективном обследовании установлена небольшая бледность кожных покровов. В легких — жесткое дыхание, верхушечный толчок в пятом межреберье, за среднеключичную линию на 1,5 см, верхняя — во втором межреберье, правая — на 1 см за правый край грудины. Выслушиваются два тона, ритмичные, замедленные, пресистолический шум; при длительном выслушивании «пушечный» первый тон Стокса-Стражеско. Акцент второго тона над легочной артерией. Пульс 54—52 удара в 1 мин., соответствовал количеству сердечных сокращений; артериальное давление — 100/75 мм, венозное давление — 125 мм водяного столба, скорость кровотока с эфиром — 9 сек., с цититомом — 18 сек. Пальпируется край печени — увеличена на 1 см. РОЭ — 5 мм в 1 час, баночная проба отрицательная. Рентгеноскопически: усиленный легочный рисунок, сердце митральной конфигурации, увеличение границ обоих желудочков и левого предсердия, взбухание конуса легочной артерии. Аорта в норме, пульсация средней глубины, замедлена. Электрокардиограмма приведена на рис. 9, векторкардиограмма — на рис. 10а, баллистокардиограмма — на рис. 11а.

В итоге установлен диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок, полная атриовентрикулярная блокада, недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$. Беременность 14 недель. Больная дважды госпитализировалась и лечилась по месяцу. Получила разгрузочную терапию в виде диеты Карелля-Певзнера, сердечные средства: адонис, кофеин, стрихнин, атропин, кислород.

На 20-й день пребывания в стационаре состояние улучшилось. Перед родами готовилась в течение 38 дней. В итоге недостаточность кровообращения $\frac{1}{4}$ степени. Больная допущена к самопроизвольным родам. Перед родами введена 20% камфара — 3 мл, 0,06% коргликон — 0,5 мл в 20 мл 40% глюкозы.

Роды проходили при психопрофилактической подготовке и вынесена оценка «5». Роды продолжались 11 час. 45 мин. Первый период родов — 10 час. 55 мин., второй — 40 мин., третий — 10 мин. Родился младенец весом 2900 г, длиной 48 см. Выписана на 23-й день после родов, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{4}$. Через 6 месяцев установлено увеличение недостаточности кровообращения до $\frac{1}{2}$ степени. Больная перенесла психическую травму, не соблюдала режима.

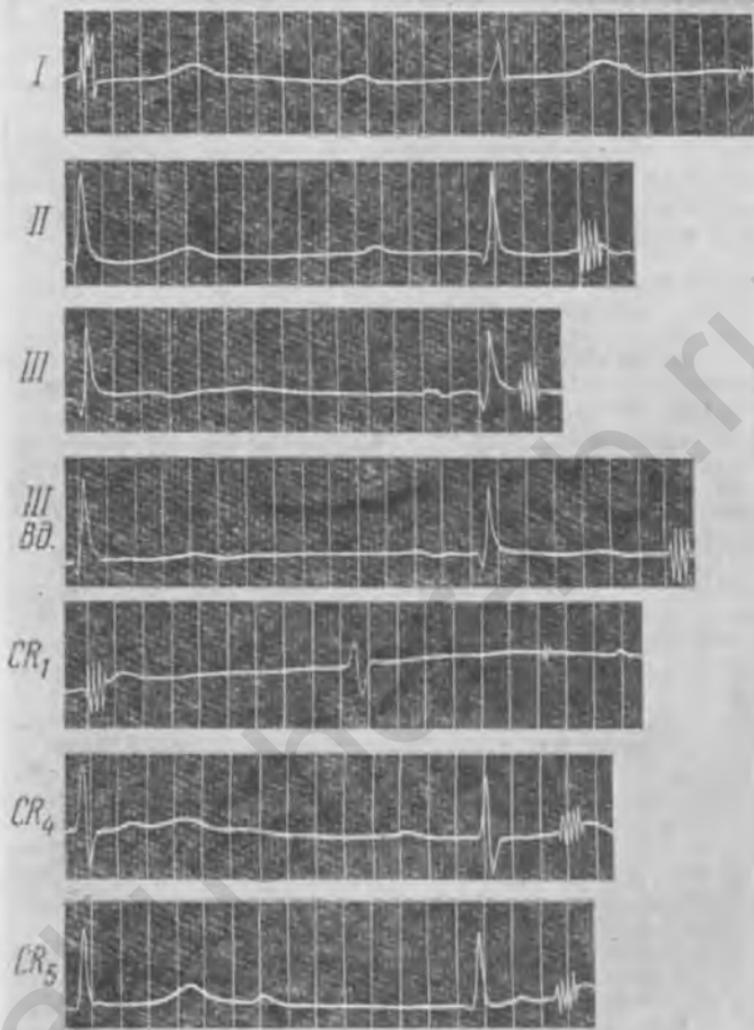


Рис. 9. Электрокардиограмма снята в 28 недель беременности у больной И. QRS=0,1", QRST=0,48" (N 0,48), PC=1,45", P=42 в 1', систолический показатель=33% (N 33%). Нормограмма—2 мм. P_{III}—уплощен, двуфазен (±), P_{II}—зазубрен, Q_{III}—выражен, R_{III}, R_I, T_{II}—снижен, T_{III}—мал, отрицателен, TCR_I—изоэлектричен, T_I—высокий.

Заключение: мышечные изменения больше правого желудочка, полная атрио-вентрикулярная блокада.



Рис. 10а. Векторкардиограмма снята у больной И. в 23 недели беременности. Ход луча правильный, форма петли QRS — бобовидная, в первой и пятой плоскостях резко сужена, трасса неровная, с дополнительным петлеобразованием в первой и пятой плоскостях, в четвертой — двуосевость.

Расположение в секторах правильное. Угол (α) от 10 до 40°.

Заключение: горизонтальное положение электрической оси сердца. Небольшие признаки изменения миокарда.



Рис. 106. Векторкардиограмма снята после родов через два месяца у больной И. Направление луча правильное. Форма петли QRS в виде спирали, расположение в секторах правильное, угол (α) небольшой — 16° .
 Заключение: по сравнению с предыдущей векторкардиограммой отмечается уменьшение относительных размеров основной петли QRS.

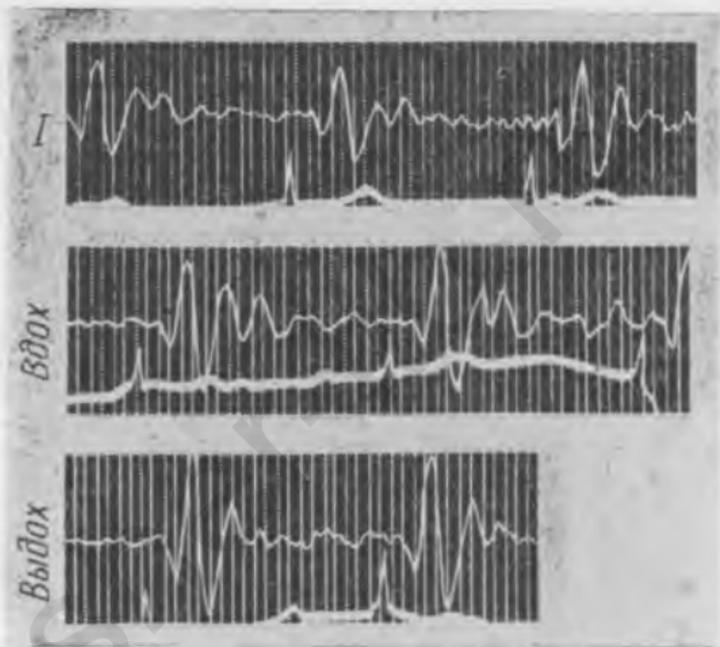


Рис. 11а. Баллистокардиограмма больной И., снята в 28 недель беременности. Комплексы баллистокардиограммы четко выражены, с нормальной амплитудой их. На вдохе амплитуды увеличиваются. Волна Н несколько ниже и составляет менее половины волны J. Такой же остается и на высоте выдоха. Амплитуда волн i_j превышает наименьшие волны их в 1,5 раза. Баллистокардиографический индекс=0,5.

Заключение: кривая баллистокардиограммы без отклонений от нормы.

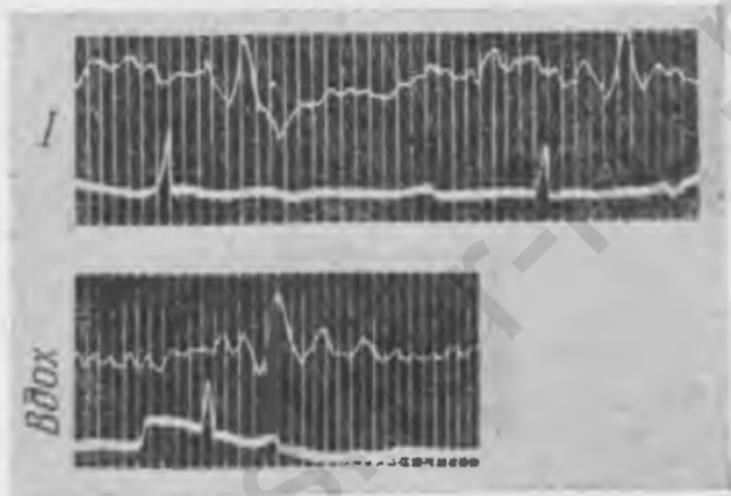


Рис. 116. Баллистокардиограмма больной И. снята после родов через два месяца. Больше половины комплексов нормальны. Самая большая волна Ij превышает наименьшую в два раза. Баллистокардиографический индекс $= 0,5$. Заключение: баллистокардиографическая кривая указывает на первую степень изменений по Броуну.

Векторкардиограмма после родов приведена на рис. 106, баллистокардиограмма после родов — на рис. 116.

Больная госпитализирована, ребенок помещен в детские ясли. Состояние больной улучшилось, уменьшилась недостаточность кровообращения с $\frac{1}{2}$ до $\frac{1}{4}$ степени.

Приведенный выше пример подтверждает благоприятный исход родов у женщины с комбинированным митральным пороком сердца при полной атриовентрикулярной блокаде, при наличии достаточной функции миокарда и длительного систематического лечения как во время беременности, родов, так и после родов.

У остальных 4 больных беременность закончилась самопроизвольными родами. У одной из них потужной период был выключен наложением щипцов.

Таким образом, у больных с первой степенью нарушения атриовентрикулярной проводимости мы не видели неблагоприятного исхода беременности и родов. Однако у больных с неполной и полной атриовентрикулярной блокадой в последующее время после родов наблюдалось увеличение степени недостаточности кровообращения, что заставляет подходить более осторожно к разрешению продолжения беременности таким больным.

Течение беременности при комбинированном митральном пороке сердца и недостаточности аортальных клапанов во многом определяется активностью ревматического процесса и степенью недостаточности кровообращения.

Когда появляются первые признаки левожелудочковой недостаточности, предсказание сразу же становится менее благоприятным. Эти признаки свидетельствуют о том, что резервы гипертрофированного миокарда левого желудочка подходят к своему пределу. Если присоединяется и правожелудочковая недостаточность, то недостаточность кровообращения становится тотальной и, несмотря на энергичную терапию, улучшения достичь не удается.

Наблюдаемые нами 5 больных с комбинированным митральным пороком сердца и недостаточностью аортальных клапанов имели возраст до 35 лет, 3 больных были первородящими и 2 — повторнородящими. В первую очередь мы стремились выяснить у них фазу ревматизма, а затем степень недостаточности кровообращения до беременности. С этой целью нами был подробно изучен анамнез, течение заболевания до беременности. У наблюдаемых нами беременных активного ревматиче-

ского процесса не выявлено, что подтверждалось течением заболевания, стойко нормальной температурой и дополнительными методами исследования, РОЭ оставалась в пределах 17—20 мм в 1 час, баночная проба отрицательная, $PQ = 0,14 - 0,16''$. У 4 больных из 5 недостаточность кровообращения была $1\frac{1}{2}$ степени.

Несмотря на проводимое лечение, состояние здоровья у четырех больных не улучшилось. С увеличением срока беременности увеличивались застойные явления в легких, печень выходила из-под реберного края на 2,5—3 см, появились отеки на нижних конечностях, венозное давление повысилось до 150—160 мм водяного столба. Электрокардиограмма указывала на изменения миокарда желудочков и предсердий. Временами появлялись приступы удушья в виде сердечной астмы. В связи с ухудшением состояния беременность у четырех больных прервана в 23—24 недели, путем малого кесарева сечения. В дальнейшем было продолжено лечение в терапевтическом стационаре. Пятая больная во время беременности перенесла рецидивирующий ревматический эндокардит, недостаточности кровообращения не было. От прерывания беременности эта больная отказалась.

Приведем ее историю болезни.

Больная Б., 22 лет. Беременность и роды первые. В детстве перенесла корь, хорею и неоднократные приступы ревматизма. С 4-го месяца беременности появилась одышка, сердцебиение, субфебрильная температура. Установили диагноз: ревматизм, активная фаза, сердечная форма, эндомиокардит на фоне комбинированного митрального порока и недостаточности аортальных клапанов, недостаточность кровообращения $1\frac{1}{1}$.

Лечилась длительное время стационарно и амбулаторно. Перед родами готовилась в течение 32 дней. Был назначен постельный режим, диета с ограничением жидкостей и соли, салициловый натрий по 1—8 раз в сутки с аскорбиновой кислотой, сердечные средства: горицвет, камфара, кофеин. Состояние значительно улучшилось. Температура нормализовалась, недостаточности кровообращения не определялось, баночная проба отрицательная, PQ равно $0,18''$. В результате лечения удалось добиться затухания вспышки ревматизма и уменьшения недостаточности кровообращения. Больная допущена к самопроизвольным родам. Роды продолжались 6 часов. В послеродовом периоде — осложнение — мастит. После инъекций пенициллина состояние быстро улучшилось, и больная выписана на 23-й день после родов в удовлетворительном состоянии без недостаточности кровообращения. При активном патронаже установлено, что через четыре месяца после родов мастит возобновился. Больная вновь госпитализирована. Несмотря на лечение антибиотиками, присоединился септический эндокардит, который протекал на фоне комбинированного митрального порока с преоб-

ладанием стеноза и недостаточности аортальных клапанов и осложнился эмболией в сосуды головного мозга. Больная скончалась через шесть месяцев после родов.

Приведенный пример показывает, что при комбинированном митральном пороке сердца и недостаточности аортальных клапанов, несмотря на проводимое лечение, больная после родов умерла от септического эндокардита.

У беременных с комбинированным митральным пороком сердца и недостаточностью аортальных клапанов мы видели, что уже с первых месяцев беременности наступает стойкая недостаточность кровообращения, она обычно не уменьшается при стационарном лечении, поэтому, нам кажется, что при данной патологии сердца беременность лучше не допускать, так как ни у одной из наблюдаемых нами 5 больных мы не видели благоприятного исхода беременности.

Если на фоне комбинированного митрального порока сердца развивается рецидивирующий ревматический эндокардит, то состояние беременной сразу ухудшается. Появляется общее недомогание, слабость, одышка, сердцебиение, кашель, отеки на нижних конечностях, субфебрильная температура.

Однако распознать рецидивирующий эндокардит у беременной женщины бывает очень трудно, так как субфебрильная температура, ускоренная РОЭ может быть и не связана с ревматизмом. Нередко в связи с рецидивирующим ревматическим эндокардитом нарастают явления сердечной недостаточности: появляются застойные явления в легких, увеличиваются границы сердца, изменяется характер шумов, баночная проба становится положительной, на электрокардиограмме удлиняется интервал PQ, изменяется функция миокарда, вследствие чего на баллистокардиограммах увеличивается степень отклонения от нормы по Броуну. На векторкардиограммах трасса петли QRS изменяется, появляется дополнительное петлеобразование, двуосевость, заостренность, что указывает на очаговое поражение миокарда.

Диагноз ревматического эндокардита — весьма ответственный, так как нередко им определяется прогноз беременности.

По этому поводу Г. М. Салганник пишет, что в основе решения вопроса о возможности беременности и родов при пороках сердца лежит не наличие того или другого

порока и не только степень его компенсации, а наличие или отсутствие у данной женщины активного ревматического процесса.

Г. Ф. Ланг считает, что беременность весьма неблагоприятно влияет на течение всех активных эндокардитических и миокардитических процессов и поэтому, при наличии их, имеется угроза тяжелых последствий для здоровья и даже жизни больной. Поэтому он рекомендует беременность с подобными процессами прерывать и по возможности не позже второго месяца.

Труднее решать вопрос, если ревматический эндокардит выявляется после 12-ти недель беременности, когда срок для производства аборта упущен.

Мы наблюдали 15 беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца, у которых одновременно диагностирован рецидивирующий ревматический эндокардит после 20-ти недель беременности. Это были молодые женщины в возрасте до 30 лет, 7 — первородящих и 8 — повторнородящих. Все эти больные, за исключением одной, длительно лечились в стационаре. Наряду с постельным режимом, диетой, кислородотерапией, с сердечными средствами им назначались салициловые препараты или бутадиион и вводился пенициллин.

От комплексной терапии мы видели улучшение и поэтому с родоразрешением не спешили. Лечение продолжали, по возможности, до затухания рецидива ревматизма и жизнеспособности плода.

Больная Н., 29 лет. Беременность третья, роды вторые. Поступила с жалобами на слабость, одышку, сердцебиение, повышенную температуру.

В 1956 году перенесла ревматизм, после которого диагностирован порок сердца. В том же году, во время беременности, состояние ухудшилось, и больной сделан аборт по медицинским показаниям. В 1958 году состояние вновь ухудшилось в связи с повторной беременностью. Лечилась в течение 2,5 месяца в палате беременных по поводу рецидивирующего ревматического эндокардита. Для дальнейшего лечения переведена в терапевтическое отделение областной больницы с беременностью 32 недели. Больная правильного телосложения, несколько бледна. В легких единичные сухие хрипы. Сердце увеличено влево за среднеключичную линию на 1,5 см, вверх до 2-го межреберья и вправо на 1,5 см за правый край грудины. Выслушивается два тона, ритмичные, первый тон — хлопающий, и два шума: систолический и пресистолический, акцент второго тона на легочной артерии. Пульс 90 ударов в 1 мин., артериальное давление — 110/60 мм, венозное давление — 138 мм водяного столба, скорость кровотока с эфиром удлинена до 12 сек., с цититомом — 20 сек., печень увеличена на 1 см. РОЭ — 30 мм

в 1 час, баночная проба положительная. Количество моноцитов в мазке крови, взятой из-под банки, — 10%, а из пальца — 4%, гемоглобин — 10,0 г% — 60 ед., эритроцитов — 3 800 000. Моча: удельный вес — 1019, белок — 0,165%, лейкоциты — 15 в поле зрения. Рентгеноскопия: легочные поля чистые, синусы свободны; широкие, застойные корни легких. Сердце увеличено за счет левого предсердия и обоих желудочков. Ретрокардиальное пространство сужено. Пульсация неглубокая, аорта — норма. Электрокардиограмма приведена на рис. 12а, векторкардиограмма — на рис. 13, баллистокардиограмма — на рис. 14а. На основании изложенного установлен диагноз: ревматизм, активная фаза, эндомиокардит на фоне комбинированного митрального порока с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения $2\frac{1}{2}$.

Больной назначен постельный режим, диета с ограничением жидкости, соли, богатая витаминами. Разгрузочная терапия: хлористый аммоний, меркузал по 1 мл — один раз в 6—7 дней, салициловый натрий по 1,0—шесть раз в день, пенициллин по 200 тыс. ед. — два раза в день, внутривенные вливания 0,06% коргликона по 0,5 мл в 20 мл 40% глюкозы — два раза в день, горицвет с кофеином, кислородотерапия, массаж нижних конечностей, дыхательная гимнастика.

В результате 35-дневного лечения степень недостаточности кровообращения уменьшилась с $2\frac{1}{2}$ до $\frac{1}{4}$. Температура нормализовалась. РОЭ снизилась с 30 мм в 1 час до 15 мм, баночная проба отрицательная. Количество моноцитов в мазке крови, взятой из-под банки, — 4%, а из пальца — 3%. Больная переведена в родильный дом на 39-й неделе беременности. При начале родовой деятельности сделано кесарево сечение под местной анестезией. Операция прошла без осложнений. Родился младенец весом 2800 г, длиной 49 см.

После родов лечение продолжалось в течение четырех недель. Выписана в хорошем состоянии, без недостаточности кровообращения, баночная проба отрицательная, РОЭ — 10 мм в 1 час, PQ = 14 сек. Через четыре месяца больная осмотрена. Чувствует себя хорошо. Недостаточности кровообращения нет, кровь спокойная, РОЭ — 8 мм в 1 час, баночная проба отрицательная. Активной фазы ревматизма не определялось. Ребенок вскармливался грудью матери, хорошо развивался. Электрокардиограмма дана на рис. 12а, баллистокардиограмма — на рис. 14б.

Данный пример показывает, что если активная фаза ревматизма диагностируется во второй половине беременности, то с родоразрешением спешить не следует. Нужно больную поместить в палату беременных или в терапевтическое отделение и длительно лечить, до затухания активной фазы ревматизма, до максимального снижения степени недостаточности кровообращения и, по возможности, до жизнеспособности плода.

У 3 из 15 беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца с рецидивирующим ревматическим эндокардитом наступили преждевременные роды в 32—34 недели беременности. У половины больных (у 8 из 15) при начале родовой деятельности сделано кесарево

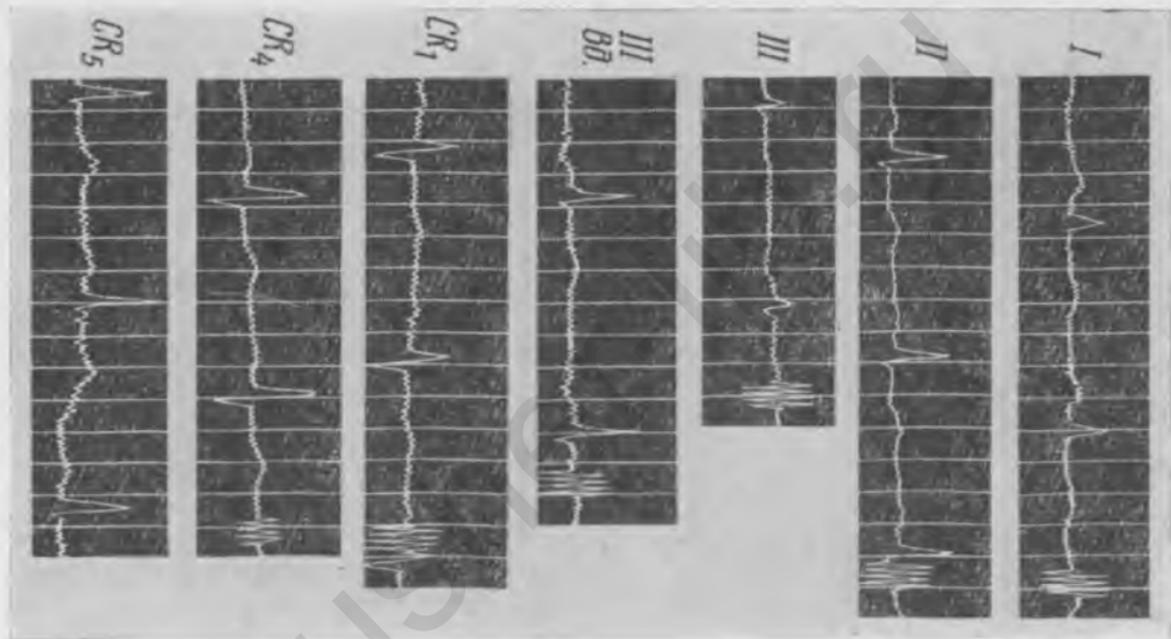


Рис. 12а. Электрокардиограмма в 32 недели беременности у больной Н. $PQ=0,13^{\circ}$, $QRC=0,06^{\circ}$, $QRST=032^{\circ}$ ($N 0,32^{\circ}$), $RC=0,62^{\circ}$, $P=96$ в $1'$. Систолический показатель — 50% ($N 50\%$). Направление оси сердца — нормограмма (+2 мм). Ритм правильный, выраженная синусовая тахикардия. P_I — высокий, P_{II} — зазубренный, P_{III} — отрицательный. QCR_I — слабо выражен. P_{III} — на входе увеличен. $ST_{III}-CR_I-CR_{IV}$ — несколько ниже изолинии, $T_{I-II-CR_{IV}}$ снижены. $T_{III}-CR_I$ — двуфазны. Заключение: изменения миокарда как предсердий, так и обоих желудочков, больше правого. Выявленная синусовая тахикардия.

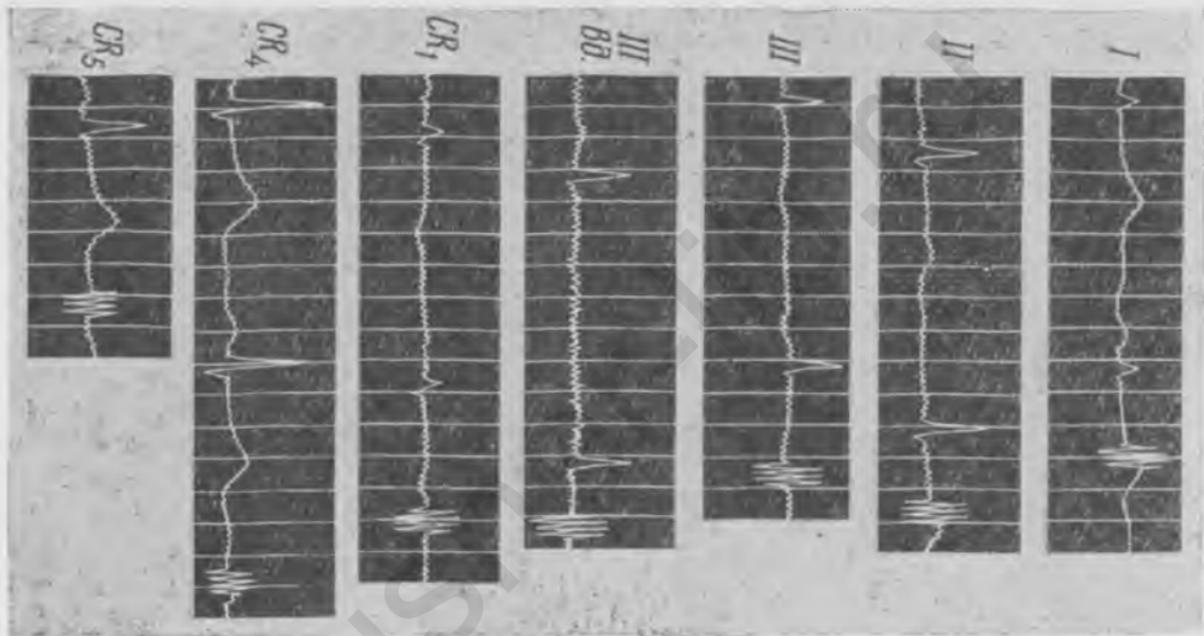


Рис. 126. Электрокардиограмма снята у больной Н. после родов. $PQ = 0,10''$, $QRS = 0,08''$. $QRST = 0,42''$ ($N 0,38''$). $RC = 0,88''$, $P = 68$ в $1'$, систолический показатель $= 47\%$ ($N 43\%$). Направление оси сердца вправо (-3 мм). Ритм синусовый, правильный. P_I — высокий, P_{II} — слегка снижен, P_{III} — отрицателен, на вдохе слабо положительный. P_{CR_I} — двуфазен (\pm). $P_{CR_{IV}}$ — уплощен. $R_{III} > R_I$ на вдохе R_{III} — не меняется. T_{III} — отрицателен. Длительность систолы желудочков увеличена на $0,04''$.
 Заключение: изменения миокарда с вовлечением правого желудочка.



Рис. 13. Векторкардиограмма снята в 27 недель беременности у больной Н. Ход луча правильный. Расположение в секторах правильное. В пятой плоскости в петле QRS имеется двуосевость, расположены в секторе 10 и 160° , угол $(\alpha) = 40^\circ$. Форма петли QRS бобовидная, в четвертой плоскости сужена, в пятой — горизонтально расположена, но в секторе 169° .

Закключение: положение электрической оси сердца ближе к горизонтальному. Изменения миокарда желудочков.

Рис. 14а. Баллистокардиограмма снята в 32 недели беременности у больной Н. В большинстве комплексы баллистокардиограммы хорошо выражены, с достаточной амплитудой волн. Волна Н высокая, расщеплена, составляет более половины волны j. Волна К глубокая, более 80% волны j. Баллистокардиографический индекс = 0,7.

Заключение: первая степень отклонения от нормы по Бруну.

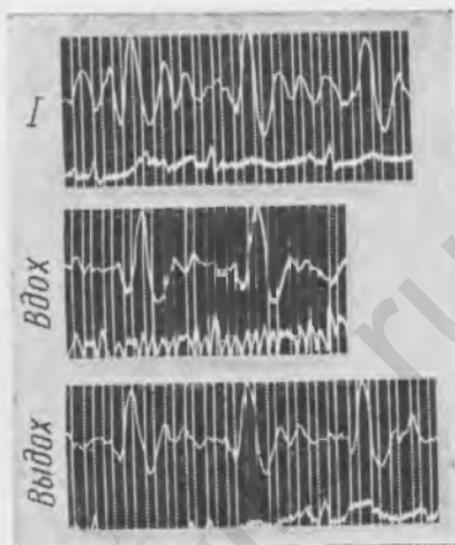
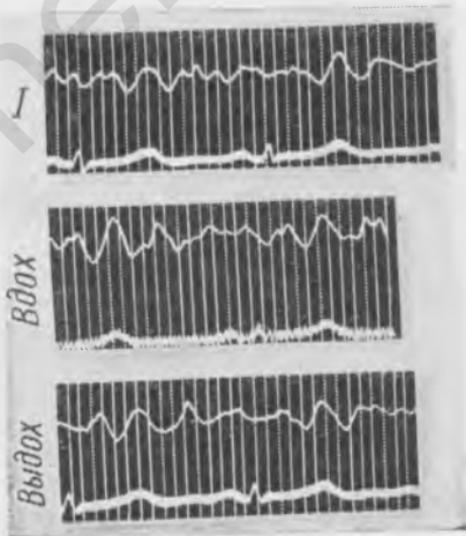


Рис. 14б. Баллистокардиограмма снята у больной Н. после родов. Более половины комплексов баллистокардиограммы нормальны, но волны несколько ниже, чем во время беременности. На высоте вдоха амплитуда увеличивается. Волна Н на верхушке с зазубриной. Баллистокардиографический индекс = 0,7.

Заключение: первая степень отклонения от нормы кривой по Бруну.



сечений под местной анестезией, так как этот метод родоразрешения у данных больных, по нашим и литературным данным (В. А. Хатунцев, М. Д. Косовцева и др.*), является наиболее бережным. Только у двоих из 15-ти роды были самопроизвольными.

Дальнейшее наблюдение за данными больными показало, что у 7 больных недостаточность кровообращения была больше, чем до беременности и родов. Следовательно, при рецидивирующем эндокардите, развивающемся на фоне комбинированного митрального порока, беременность лучше прерывать до трех месяцев. Если срок для аборта упущен, то больную следует долго лечить, до затухания активного процесса, родоразрешать в момент максимального улучшения и наиболее бережным методом. При этом нужно иметь в виду возможное ухудшение состояния здоровья у данных больных — в связи с беременностью и родами.

• Дети у всех больных хорошо развивались, вскармливались грудью матери.

ПОДГОТОВКА К РОДАМ И ВЕДЕНИЕ ИХ У ЖЕНЩИН С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Исход беременности и родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца зависит не только от особенностей его течения и функционального состояния миокарда, но и от усилий медицинских работников, которые организуют лечебно-профилактические мероприятия на протяжении всей беременности и перед родами.

Эффективность своевременного лечения беременных с комбинированным митральным пороком сердца мы проследили у 192 больных, из которых у 120, или в 61,9%, степень недостаточности кровообращения перед родами уменьшилась. Правда, у беременных женщин с митральным стенозом, с мерцательной аритмией, с недостаточностью аортальных клапанов, с активной фазой ревматизма лечение было менее эффективным.

* Хатунцев В. А. и Косовцева М. Д., О кесаревом сечении у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, Внутренняя патология и беременность, Госмедиздат УССР, 1955 г., стр. 78.

Подготовка к родам беременной женщины с комбинированным митральным пороком сердца завершается в палате беременных, где наряду с терапией, направленной на максимальное снижение недостаточности кровообращения, выясняется психопрофилактическая подготовка к родам, которую женщина прошла в женской консультации.

Существенной задачей психопрофилактической подготовки является устранение отрицательных и создание положительных эмоций. Для этого используются все возможности, чтобы убедить беременную в том, что роды являются физиологическим и безболезненным процессом. Перед родами в доступной форме еще раз разъясняют беременной процесс родов и те приемы обезболивания, которые она должна выполнять в каждом периоде родов.

Мы убедились, что роженицы, прошедшие психопрофилактическую подготовку в консультации, во время родов ведут себя спокойнее, сознательно подходят к испытываемым ими ощущениям и к указаниям медицинских работников, рационально используют свои силы.

Эффективность психопрофилактического метода подготовки женщин к родам нами оценивается по пятибалльной системе. При оценке учитывается поведение роженицы во время родов, наблюдение медицинского персонала и отзыв роженицы о ее самочувствии и ощущениях.

Из 87 рожениц с комбинированным митральным пороком сердца, прошедших психопрофилактическую подготовку и допущенных к самопроизвольным родам, 64 роженицы получили оценку «5», 12—«4», 11—«3».

Непосредственно перед родами роженице с комбинированным митральным пороком сердца назначаются сердечные средства: 20% камфора по 3 мл под кожу, которая возбуждает центральную нервную систему, стимулирует дыхание, кровообращение, усиливает обменные процессы в миокарде. В зависимости от степени недостаточности вводят внутривенно в 20 мл 40% глюкозы, 0,05% строфантин—0,5 мл или 0,06% коргликон 0,5 мл в 20 мл 40% глюкозы (вводят медленно). Строфантин обладает основными свойствами сердечных гликозидов: усиливает систолические сокращения сердца, удлиняет диастолы, повышает тонус центра блуждающего нерва, тем самым замедляет ритм сердечных сокращений, понижает возбудимость проводящей системы сердца.

Ввиду быстрого действия строфантина требуется осторожность и точность в дозировке и в показаниях. Противопоказанием к применению строфантина является эндокардит, миокардит.

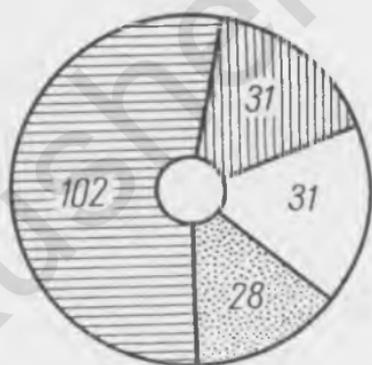
За последнее время с успехом применяется коргликон, который содержит сумму глюкозидов из листьев ландыша. Его действие при внутривенном введении близко к действию строфантина.

При беспокойстве больной, кашле, одышке, связанной с явлениями сердечной недостаточности, рекомендуется вводить 1% морфин хлористоводородный — 1 мл или 2% пантапон — 1 мл под кожу.

Одновременно проводится профилактика и терапия внутриутробной асфиксии плода по методу А. П. Николаева.

Исход родов у беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца можно проследить на рис. 15.

Остановимся более подробно на исходе беременности у женщин с комбинированным митральным пороком сердца.



-  Самопроизвольные роды
-  Наложены акушерские щипцы
-  Сделана операция Кесарева сечения
-  Преждевременные роды

Рис. 15. Исход беременности и родов у 192 женщин с комбинированным митральным пороком сердца.

СРОЧНЫЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Вопрос выбора метода родоразрешения при комбинированном митральном пороке сердца является крайне ответственным, так как не всегда легко предусмотреть течение и исход родов. Родовой акт является наиболее ответственным моментом в смысле предупреждения смертности матери, поэтому вопрос о методе родоразрешения должен решаться индивидуально, с учетом особенностей течения сердечной патологии. На основании клинической картины заболевания и дополнительных методов исследования можно судить о состоянии кровообращения не только в момент обследования, но и во время родов. Это позволяет более правильно выбрать метод родоразрешения у беременных с комбинированным митральным пороком сердца.

Существуют различные мнения по вопросу о методе родоразрешения беременных с комбинированным митральным пороком сердца.

Так, В. Ф. Зеленин рекомендует проводить преждевременный разрыв плодного пузыря. Раннее отхождение вод им отождествляется с веносекцией. В других случаях он рекомендует прибегать к повороту, экстракции или наложению щипцов.

Б. Я. Динец предлагает фиксировать внимание на периоде изгнания. В период потуг повышается внутрибрюшное и внутригрудное давление, затрудняется приток крови из вен в правое сердце и может наступить внезапная остановка его деятельности. Для уменьшения резкого колебания внутрибрюшного давления, при открытии зева на два-три пальца, он рекомендует вскрывать околоплодный пузырь и выключать потужную деятельность наложением щипцов или делать поворот.

Г. М. Салганник придерживается того же мнения и советует при наличии декомпенсации, даже в прошлом, выключать потужной период наложением полостных или выходных щипцов.

Н. К. Годунова высказывает предложение о консервативном ведении родов, которое, по ее мнению, более выгодно для больного сердца, чем оперативное вмешательство.

К. К. Скробанский видит неблагоприятный исход

родов при пороках сердца в падении сердечной деятельности, в коллапсе, так как изменяется распределение всей массы крови, которая устремляется после родов в большие сосуды брюшной полости, а сердце и ближайшие к нему сосуды опорожняются. Для предотвращения падения сердечной деятельности К. К. Скробанский рекомендует: сейчас же после родов бинтовать живот, накладывать на него тяжесть, высокое поднятие ножного края кровати, бинтование нижних конечностей для того, чтобы переместить кровь из конечностей в брюшную полость. Такого же мнения придерживаются Г. Г. Гентер, Г. М. Салганник, Л. В. Ванина и др., которые рекомендуют класть на живот мешочек с песком в 2000 г, Н. К. Годунова возражает против бинтования живота, так как больные резко реагируют на это (затрудняется дыхание).

А. П. Николаев считает, что при компенсированных пороках сердца роды, в основном, должны проводиться консервативно, при условии непрерывного врачебного наблюдения. При митральных пороках с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия и других пороках, независимо от формы поражения, при недостаточности, кровообращения, хотя бы слабо выраженной, необходимо выключить период изгнания путем наложения щипцов. Если это невозможно, то произвести перинеотомию для ускорения врезывания и прорезывания подлежащей части.

В решениях IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР от 21—24 апреля 1952 года в разделе «Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы» говорится: «Самопроизвольные роды могут быть допущены лишь у больных с компенсированным митральным пороком сердца, с преобладанием недостаточности клапанов при условии постоянного наблюдения и контроля в родах».*

Наши наблюдения показывают, что беременных женщин с комбинированным митральным пороком сердца, без недостаточности кровообращения или с недостаточ-

* Решение IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР, М., 21—24 апреля 1952 г., Акушерство и гинекология, 1952 г., № 5, стр. 46,

ностью кровообращения первой степени по правому сердцу можно допустить к самопроизвольным родам.

Подтверждением этого является благоприятный исход самопроизвольных родов у 102 рожениц с комбинированным митральным пороком сердца. Из них первородящих было 31 и повторнородящих — 71. Причем у 72 комбинированный митральный порок был с преобладанием недостаточности, у 20 — с преобладанием стеноза. У 5 больных кроме комбинированного митрального порока сердца, наблюдалось нарушение проводимости, у одной — недостаточность аортальных клапанов, у двух — ревматический рецидивирующий эндокардит и у двух — состояние после митральной комиссуротомии.

Из 102 человек 29 рожениц недостаточности кровообращения не имели, 42 — имели недостаточность $\frac{0}{1}$ степени, 24 — имели недостаточность $\frac{1}{1}$ степени, 7 — имели недостаточность $\frac{1}{2}$ степени.

Врач, ведущий роды у беременных с комбинированным митральным пороком сердца, должен неотступно следить за состоянием роженицы. Нужно прислушиваться к жалобам роженицы на усталость, одышку, обращать внимание на окраску видимых слизистых и кожных покровов, состояние пульса, артериального и венозного давления, состояние сердечных тонов матери и плода, на изменения в легких.

Гемодинамические наблюдения над здоровыми роженицами показали, что сердечно-сосудистая система во время родов находится в состоянии сильного напряжения, преимущественно во втором периоде родов. Поэтому особое внимание следует обращать на состояние сердечно-сосудистой системы рожениц с комбинированным митральным пороком сердца, именно в период родов. По показаниям им должны применяться сердечные средства, кислород.

Вслед за рождением ребенка происходит падение давления в брюшной полости и быстрое, почти внезапное, перенаполнение сосудов брюшной полости кровью, вместе с этим уменьшается наполнение кровью сердца и ближайших к нему сосудов. Поэтому необходимо строго следить за количеством теряемой крови и общим состоянием женщины. У таких больных кровопотеря даже до 300 мл может повести к расстройству кровообращения, поэтому в последовом и раннем послеродовом периоде необходи-

мо провести все мероприятия, предупреждающие развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности и своевременно вводить кислород, строфантин или коргликон, глюкозу, хлористый кальций, атропин, кордиамин, лобелин, морфин хлористоводородный и др.

Проведение указанных мероприятий обеспечивает благоприятный исход беременности и родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца без недостаточности кровообращения.

Больная С., 39 лет, беременность вторая, роды вторые. Поступила с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, сухой кашель. Больна ревматизмом в течение 12 лет, порок сердца диагностирован 10 лет тому назад. С 4-го месяца беременности наступило ухудшение состояния, появилась одышка, сердцебиение, отеки на нижних конечностях. Трижды лечилась в районной больнице; каждый раз выписывалась с улучшением. Направлена в областную больницу для решения вопроса о продолжении беременности и методе родоразрешения.

Больная правильного телосложения, в легких ясный легочный звук, жесткое дыхание. Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье за среднеключичную линию на 1 см, верхняя граница — 2-е ребро, правая — на 1 см за правый край грудины. Выслушивается два тона, ритмичные, учащенные, и два шума: пресистолический и систолический, акцент второго тона на легочной артерии. Пульс 80 ударов в 1 мин., ритмичный; артериальное давление — 100/50, венозное давление — 126 мм водяного столба, скорость кровотока с эфиром — 12 сек., с цититомом — 10 сек. Пальпируется край печени на 1 см, мягкий, слегка болезненный. Рентгеноскопия: легочные поля чистые, синусы свободны, сердце с увеличением левого желудочка и левого предсердия. Левая граница заходит за среднеключичную линию на 0,5 см, правая — на 1 см от правого края грудины. Пульсация довольно глубокая. Аорта не изменена. Кровь: гемоглобин — 11,2 г% — 67 ед., эритроциты — 399 000, лейкоциты — 9 400; баночная проба: количество моноцитов в мазке крови из-под банки — 7% моноцитов, из пальца — 4% моноцитов, РОЭ — 22 мм в 1 час, моча — норма.

На основании изложенного установлен диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок, недостаточность кровообращения $\frac{1}{1}$ степени. Беременность — 31 неделя. Больной назначен постельный режим, дыхательная гимнастика, разгрузочная терапия: творожно-сахарный день, 3% горьковат — по одной столовой ложке пять раз в день, кофеин по 0,1 — три раза в день. Состояние улучшилось, одышка уменьшилась.

Для дальнейшего лечения переведена в палату беременных, где лечение продолжалось. За десять дней до родов вводился коргликон — по 0,0003 в 20 мл 40% глюкозы — два раза в день. В результате перед родами недостаточности кровообращения не было. Больная допущена к самопроизвольным родам. Перед родами введена 20% камфара 2 мл, коргликон 0,0003 в 20 мл

40% глюкозы (медленно). Первый период родов продолжался 7 час. 10 мин. Артериальное давление — 110/75, венозное — 135 мм водяного столба, пульс 80 в 1 мин. Второй период родов длился 40 мин. Артериальное давление — 115/80, венозное — 155 мм водяного столба, пульс 78 в 1 мин. Третий период продолжался 15 мин. Кровопотеря — 200 мл. Родился младенец весом 2600 г, длиной 48 см. После родов артериальное давление — 110/65, венозное — 110 мм водяного столба, пульс 66 в 1 мин. Самочувствие хорошее. Первые семь дней после родов больная продолжала получать кислород и внутривенные вливания коргликона, а затем давался только 3% горицвет — по одной столовой ложке четыре раза в день. Режим расширялся постепенно, путем включения комплекса лечебной гимнастики. Младенец вскармливался грудью матери. Выписана на 22-й день после родов в хорошем состоянии, без недостаточности кровообращения.

Данный пример подтверждает хороший исход беременности и родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца, без недостаточности кровообращения, при лечении на протяжении всей беременности.

Труднее решать вопрос о методе родоразрешения женщин с комбинированным митральным пороком, с недостаточностью кровообращения.

Данные больные готовятся к родам более длительное время. Некоторые из них лежат в палате беременных перед родами по 1,5—2 месяца. Такому длительному стационарному лечению мы придаем особенно большое значение. В этот период женщина занимается дыхательной гимнастикой, проводится разгрузочная терапия, назначаются сердечные средства. Такая подготовка способствует укреплению функционального состояния сердечной мышцы и обеспечивает благоприятный исход родов при комбинированном митральном пороке сердца и недостаточности кровообращения.

Так, например, больная Ч., 34 лет. Беременность третья, роды вторые, один аборт по медицинским показаниям. Перенесла две атаки ревматизма. Находилась под наблюдением консультации с первых месяцев беременности с диагнозом: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, без недостаточности кровообращения. Соблюдала рекомендованный режим, периодически принимала сердечные средства. Недостаточность появилась со второй половины беременности. Больная госпитализирована в палате беременных с недостаточностью кровообращения первой степени. Назначен постельный режим, диета с ограничением жидкости, богатая витаминами. Проводились разгрузочные дни, преимущественно творожно-сахарные. Регулярно давался кислород, сердечные средства: 3% горицвет — по

одной столовой ложке четыре раза в день. За семь дней до родов назначен 0,05% строфантин по 1/2 мл в 20 мл 40% глюкозы — два раза в день.

Недостаточность кровообращения перед родами $\frac{1}{1}$ степени. Больная допущена к самопроизвольным родам. Перед родами введен строфантин 0,00025 в 20 мл 40% глюкозы, камфара, кислород. Роды продолжались 18 час. 5 мин. Артериальное давление—115/75 мм, венозное — 146 мм водяного столба. Родился младенец весом 2650 г, кровопотеря 150 мл. Выписана на 20-й день после родов в удовлетворительном состоянии, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{1}$.

При обследовании через два года больная отметила, что после родов состояние ее здоровья ухудшилось: стала замечать одышку при ходьбе, иногда отеки на ногах. При объективном исследовании установлена небольшая постозность на нижних конечностях. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье на 0,5 см за среднеключичную линию, там же проходит и левая граница. Верхняя граница определяется у верхнего края третьего ребра. Выслушиваются два тона, ритмические, несколько учащенные, и два шума: систолический и диастолический. Пульс 74 удара в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление — 120/75 мм рт. ст. Размеры печени 13—10—9 см. Рентгеноскопия: сердце митральной конфигурации, размеры увеличены за среднеключичную линию на 0,5 см за счет левого желудочка, пульсация средней глубины. Электрокардиограмма: изменения миокарда обоих желудочков. Кровь: РОЭ—7 мм в 1 час. Баночная проба Вальдмана отрицательная.

Диагноз: ревматизм, межприступный, период, сердечная форма, комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{1}$ степени.

Данный пример показывает благоприятный исход родов при комбинированном митральном пороке с преобладанием стеноза.

Однако отдаленные результаты показывают, что состояние здоровья женщины после родов может ухудшаться. Это необходимо иметь в виду при решении вопроса о продолжении беременности у женщин с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза.

Продолжительность родов бывает различной. На нее оказывает влияние целый ряд причин, зависящих и от плода и от матери. Известно, что продолжительность родов у первородящих продолжается от 15 до 20 часов, а у повторнородящих — от 10 до 12 часов. Чтобы более объективно подойти к этому вопросу, мы изучили длительность родов у 31 здоровой роженицы первородящей и у 71 — повторнородящей. Здоровые роженицы имели такой же возраст, профессию, количество беременностей,

как и роженицы с заболеванием сердца. Наблюдения показали, что у рожениц с комбинированным митральным пороком сердца роды заканчиваются несколько быстрее, чем у здоровых (табл. 4).

Таблица 4

Продолжительность родов у здоровых рожениц и у рожениц с комбинированным митральным пороком сердца

№№ п/п.	Роженицы	Продолжительность родов					
		до 6 час.		от 6 час. до 20 час.		от 20 час. и более	
		перво-родящ.	повтор-нород.	перво-родящ.	повтор-нород.	перво-родящ.	повтор-нород.
1	Здоровые	3	12	23	46	5	13
2	С комбинированным митральным пороком сердца	11	27	20	44	—	—

Более быстрые роды у женщин с комбинированным митральным пороком сердца нельзя объяснить чрезмерно интенсивной родовой деятельностью, повышенной общей нервной возбудимостью и другими причинами. Мы обратили внимание на то, что у всех 38 рожениц с комбинированным митральным пороком сердца, у которых роды закончились до 6 часов, наблюдалась недостаточность кровообращения той или иной степени. Поэтому можно предполагать, что застойная гипоксия и ацидоз крови способствуют усилению сокращений гладкой мускулатуры матки, тем самым и ускорению родов.

Некоторые авторы (Н. П. Лебедев) указывают, что введение кислорода снижает сокращение гладкой мускулатуры матки, а избыток углекислоты, наоборот, усиливает сокращение ее. Экспериментальные работы Г. К. Черепихина показывают обратное, а именно: угнетение сократительной деятельности матки под влиянием углекислоты и усиление силы сокращений при действии кислорода.

Хотя патогенез более быстрых родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца с недостаточностью кровообращения и не совсем ясен, но это нуж-

Но учитывать при ведении родов у данных больных, так как при быстрых родах нагрузка на сердечно-сосудистую систему увеличивается и может в родах развиться острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Длительная, упорная подготовка к родам беременных с комбинированным митральным пороком сердца, начинающаяся с первых месяцев беременности, позволяет несколько расширить показания к самопроизвольным родам.

НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ШИПЦОВ У РОЖЕНИЦ С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Показанием к наложению акушерских щипцов И. Ф. Жордания считает все заболевания сердечно-сосудистой системы, без стойкой компенсации, в частности: эндокардит, пороки сердечных клапанов, выраженную гипертонию.

А. Н. Аршукова, А. В. Викулов, Л. В. Ванина и др. рекомендуют при комбинированном митральном пороке с преобладанием стеноза с недостаточностью кровообращения выключать потуги, накладывая полостные или выходные щипцы.

Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы обсуждалось на IV пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР. Пленум состоялся в апреле 1952 года и вынес решение, в котором говорится: «У больных с поражениями митрального клапана, с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, а также у больных, в анамнезе которых имеется указание на возникновение декомпенсации во время предшествующих родов, показано оперативное родоразрешение во втором периоде родов. Метод вмешательства должен определяться особенностями случая».*

В методическом письме Министерства здравоохранения СССР от 6 апреля 1954 года рекомендуется выключать

* Решение IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР, Акушерство и гинекология, 1952 г., № 5, стр. 46—56.

период изгнания посредством наложения щипцов в следующих случаях:

1) при митральной болезни с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия даже в состоянии полной компенсации;

2) при аортальном пороке с выраженной гипертрофией левого желудочка или с явлениями расширения аорты;

3) при недостаточности кровообращения, хотя бы слабо выраженной, независимо от формы поражения клапанов сердца или миокарда. Если в предшествующих родах или в послеродовом периоде наблюдались явления недостаточности кровообращения;

4) при эндокардитах.

Операцию наложения щипцов рекомендуется производить под общим эфирным наркозом. Целью последнего является не только безболезненное течение операции, но, главным образом, выключение действия брюшного пресса, выключение потуг, представляющих большую опасность у сердечных больных.*

При ведении родов у наблюдаемых нами рожениц с комбинированным митральным пороком сердца была выключена потужная деятельность наложением акушерских щипцов у 15 больных с комбинированным митральным пороком с преобладанием недостаточности и у 13-ти — с преобладанием стеноза, у трех — с мерцательной аритмией и у одной — с нарушением проводимости.

У всех больных, несмотря на проведенное лечение, недостаточность кровообращения перед родами была $1/2$ — $2/2$ степени. Кад видно из представленных данных, имелись все показания к наложению акушерских щипцов.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ

В послеродовом периоде в организме роженицы происходит быстрый процесс обратного развития. Сердце изменяет свое положение. Аускультативные данные, которые были обусловлены высоким стоянием диафрагмы, постепенно исчезают, частота пульса меняется.

* Методическое письмо Министерства здравоохранения СССР «О предупреждении материнской смертности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы», 6 апреля 1954 г., стр. 8.

В послеродовом периоде наблюдаются осложнения, но они встречаются тем реже, чем своевременнее и длительнее проводилась подготовка к родам.

Мы наблюдали следующие осложнения после родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца.

1. Острую левожелудочковую недостаточность.

Больная Ш., первородящая, 30 лет, с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Период изгнания выключен наложением щипцов. После родов чувствовала себя удовлетворительно, но обращало на себя внимание повышение венозного давления. На вторые сутки ночью развилась острая левожелудочковая недостаточность с начинающимся отеком легкого. В данном случае беременность и роды явились непосильной нагрузкой для больной, хотя период изгнания и был выключен. Срочно принятыми мерами больная была выведена из тяжелого состояния и на 25-й день после родов выписана в удовлетворительном состоянии.

Чтобы предупредить острую левожелудочковую недостаточность, необходимо после родов обеспечить строгий постельный режим, продолжить внутривенные вливания строфантина, инъекции камфары, кордиамина, кислород.

2. Трещины, ссадины родовых путей. Они могут явиться входными воротами для инфекции, поэтому родильницам, имеющим их, необходимо сразу же назначать антибиотики: пенициллин, стрептомицин или биомицин с тем, чтобы предотвратить развитие инфекции.

3. Гнойный мастит. Он может явиться причиной общей инфекции. Поэтому необходимо строжайшее наблюдение и уход за молочными железами.

Мы наблюдали больную С., 27 лет, беременность и роды первые. Диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок, с преобладанием стеноза, недостаточности кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Роды были самопроизвольными. После родов на четвертый день развился мастит, под воздействием местного лечения и инъекций пенициллина мастит быстро рассосался, но через месяц после родов он возобновился. Больная к врачу не обратилась. Лечение антибиотиками было начато несвоевременно, в результате развился септический эндокардит.

По наблюдениям П. Л. Сухина, кардиальная форма пуэрперального сепсиса приводит к обсеменению патогенной микрофлорой большого круга кровообращения, способствуя тем самым возникновению новых септических очагов. Вовлечение в септический процесс головного мозга и его оболочек выявляется в виде энцефалита,

абсцесса мозга, кровоизлияния в мозг, менингита и встречается в два раза чаще, чем у больных с сепсисом без эндокардита.

У нашей больной, в результате септического эндокардита, развилась эмболия в сосуды головного мозга и наступила смерть.

Следовательно, к каждому очагу инфекции, особенно у рожениц с заболеванием сердца, нужно относиться особенно внимательно. Наряду с местным лечением, сразу же начинать лечение антибиотиками. При выписке из родильного дома родильнице необходимо разъяснить, что она должна соблюдать общегигиенические мероприятия, правильную технику кормления, уход за сосками. При появлении трещин на сосках немедленно обращаться к врачу, так как промедление в лечении сосков может стоить жизни.

4. Кровопотери.

У наблюдаемых нами рожениц с комбинированным митральным пороком сердца кровопотеря была в пределах 200—450 мл. И. Ф. Жордания пишет, что в последовом и раннем послеродовом периоде необходимо строго следить за количеством теряемой крови и общим состоянием женщины, так как при заболевании сердца кровопотеря даже до 300 мл может привести к расстройству кровообращения. При потере крови свыше 300 мл необходимо произвести переливание 200 мл крови.

В методическом письме Министерства здравоохранения СССР говорится, что к переливанию крови следует прибегать только в крайних случаях и капельным методом. Мы ограничивались введением 5% глюкозы подкожно до 500 мл и применением сердечных средств: коргликона или строфантина внутривенно с глюкозой, кислорода.

Изучая причины материнской смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, мы наблюдали смерть родильницы в связи с переливанием 200 мл эритроцитарной массы.

Это больная С., 23 л., первородящая. Поступила в родильный дом с диагнозом: комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза. Роды продолжались 5 час. 30 мин. Наблюдалось обильное маточное кровотечение, которое остановлено после удаления оболочек и введения эрготина. В последующие дни состояние оставалось тяжелым. Гемоглобин — 6 г% — 36 единиц, эритроцитов — 2 100 000. Без совета с терапевтом, на 7-й день после ро-

дов, сделано переливание эритроцитарной массы в количестве 200 мл. Через 25—30 мин. появилось затрудненное дыхание, боль в груди, кашель с пенистой кровавой мокротой. Вскоре наступило агональное состояние, и больная через 10 мин, скончалась. На вскрытии установлено, что смерть наступила от остановки болезненно измененного сердца, которое не справилось с повышенной нагрузкой, вызванной переливанием крови.

К переливанию крови у рожениц с комбинированным митральным пороком сердца нужно подходить очень осторожно. Переливание крови особенно опасно при ревматическом или септическом эндокардите, оно может осложниться эмболией в сосуды мозга и привести к смерти.

5. Одним из осложнений в послеродовом периоде может быть пневмония. Мы наблюдали 5 родильниц с комбинированным митральным пороком сердца, у которых на второй-третий день после родов возникла пневмония. Это были больные с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Очевидно, у данных больных пневмония была гипостатическая. Больные получали норсульфазол по схеме и антибиотики: пенициллин и стрептомицин, сердечные средства: коргликон, камфору, кофеин. После проведенного лечения температура постепенно нормализовалась. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии, и изменений в легких у них не определялось.

С целью профилактики гипостатической пневмонии мы рекомендуем больным с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{2}$ степени перед родами назначать антибиотики.

6. Организация правильного ухода за родильницами с заболеванием сердца имеет большое значение для предупреждения возможных осложнений в послеродовом периоде. В первые дни после родов следует назначать строгий постельный режим, так как излишние движения, раннее вставание повышает нагрузку на сердце, что может быть причиной неблагоприятного исхода. В качестве примера приведем историю болезни больной К.

Больная К., 26 лет. Беременность и роды первые. Больная поступила в родильный дом с диагнозом: комбинированный митральный порок, недостаточность кровообращения $\frac{2}{2}$ степени. Лечилась амбулаторно и стационарно. Роды прошли благополучно. В послеродовом периоде назначенный постельный режим не соблюдала, рано начала вставать. На 5-й день после родов наступила острая сердечная недостаточность, и больную вывести из тяжелого состояния не удалось. На вскрытии обнаружен ревматизм, возвратный

бородавчатый эндокардит, порок митрального клапана, с преобладанием стеноза. Смерть наступила от острой сердечной недостаточности.

В данном случае нарушение постельного режима родильницей с эндокардитом привело к острой левожелудочковой недостаточности и к летальному исходу.

Огромное значение имеет правильный режим в послеродовом периоде. Ранняя выписка из родильного дома не допускается. При отсутствии недостаточности кровообращения можно выписывать родильницу с комбинированным митральным пороком сердца не ранее чем на 20-й день после родов. При недостаточности кровообращения первой степени лечение продолжается в родильном доме, при второй — больная переводится для дальнейшего лечения в терапевтическое отделение, откуда выписывается в период максимального улучшения состояния здоровья.

ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ПОКАЗАНИЯ К НЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Значительно труднее решать вопрос о методе родоразрешения у беременных с комбинированным митральным пороком сердца, с недостаточностью кровообращения $1/2$, $2/2$ и тем более третьей степени.

В. А. Хатунцев и М. Д. Косовцева считают, что операция кесарева сечения является наиболее бережным методом родоразрешения у тяжелых сердечных больных. По мнению Е. М. Кватера и Я. Н. Полонского, операция кесарева сечения технически проста и, при наличии антибиотиков, смертность после нее сводится к нулю. Я. Н. Полонский считает, что основная опасность заключается в том, что после кесарева сечения остается неполноценный рубец и возможен разрыв матки по этому рубцу и, кроме того, наблюдается снижение детородной функции.

В. А. Хатунцев и М. Д. Косовцева показания к операции кесарева сечения подразделяют на чисто сердечные, при которых необходимо выключать родовой акт, в особенности потужной период, и относительные, где к имеющимся заболеваниям сердечно-сосудистой системы присоединяется какая-либо акушерская патология, ослож-

няющая родовой акт и способная вызвать явления сердечной недостаточности.

Мы подразделяем показания к кесареву сечению также на чисто сердечные и смешанные, когда заболевания сердечно-сосудистой системы сочетаются с другой патологией внутренних органов или с акушерской патологией.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения нами применялось у 49 больных из 192 (25,52%). Из них: у 34—показаниями служили только заболевания сердца, а у 15 — показания были смешанными, зависящими не только от заболевания сердца, но и от другой патологии внутренних органов или акушерской патологии.

По возрасту наши больные распределялись следующим образом: до 30 лет было 32 больных, от 30 до 35 — 14 больных и старше 35 лет — 3 больных.

Таким образом, наибольшее количество операций падает на возраст до 30 лет. Первородящих было 27 и повторнородящих — 22.

Показанием к операции кесарева сечения были следующие заболевания сердца. У 15 больных имеется комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $2/2$ степени. У 5 больных, помимо митрального стеноза, была мерцательная аритмия, у 4—недостаточность аортальных клапанов, у 9—рецидивирующий ревматический эндокардит, у одной—состояние после митральной комиссуротомии. Все больные до операции длительно и неоднократно лечились в стационаре, но, несмотря на это, степень недостаточности кровообращения не уменьшилась. У 30 больных она была $1/2$ и $2/2$ степени, у 4 — $2/3$ степени.

Смешанными показаниями к операции кесарева сечения при комбинированном митральном пороке сердца были: клинически узкий таз—у 5 больных, нефропатия беременных — у 2 больных, тазовое предлежание — у 2 больных, цирроз печени — у 2 больных, хронический нефрит — у одной больной, гипертоническая болезнь второй стадии — у одной больной, бронхиальная астма тяжелой формы — у одной больной, пневмосклероз — у одной больной.

При этих показаниях к операции кесарева сечения, если она делается после длительной подготовки и под местной анестезией, она дает благоприятный исход родов, несмотря на тяжелое состояние больной.

Большая К., 28 лет. Беременность первая. В детстве перенесла ревматизм. С 3-го месяца беременности появилась одышка. От прерывания беременности отказалась. Была госпитализирована в терапевтическом отделении с диагнозом: ревматизм, активная фаза, сердечная форма, эндокардит на фоне комбинированного митрального порока, недостаточность кровообращения $2\frac{1}{2}$ степени. Беременность — 15 недель. После трехмесячного лечения больная направлена в родильный дом для прерывания беременности.

При поступлении отмечено, что больная находится в вынужденном полусидячем положении, дыхание — 28 в 1 мин., постозность на нижних конечностях. В легких жесткое дыхание. Верхушечный толчок в пятом межреберье, за среднеключичную линию на 1,5 см. Верхняя граница на уровне 2-го межреберья, левая — снаружи от среднеключичной линии на 1,5 см, правая — на 1 см за правый край грудины. Выслушивается два тона, ритмичные, учащенные, первый тон — хлопающий, и два шума: систолический и пресистолический. Акцент второго тона на легочной артерии. Пульс — 86 ударов в минуту, артериальное давление — 110/65 мм рт. ст., венозное — 237 мм водяного столба. Скорость кровотока с цититомом — 27 мм, с эфиром — 17 сек. Печень увеличена на 1,5 см, болезненная. Баночная проба Вальдмана положительная. Рентгеноскопия: усиленный легочный рисунок, высокое стояние диафрагмы, увеличение размеров сердца за счет левого и правого желудочков и левого предсердия. Пульсация учащена — не изменена. Электрокардиограмма: $PQ=0,20''$, $QRS=0,09''$, $QRST=0,36''$ (N 36''), $P=74$ в 1 мин. Систолический показатель — 44% (N 44%). Направление оси сердца: нормограмма (+10). Ритм синусовый, правильный PCR_1 — изоэлектричен, $PCR_{IV} - CR$ снижен, Q — выражен, $R_1 > R_{III}, R_{III}$ — небольшой, расщеплен. R_{II} — слегка зазубрен. $T_{II} - CR_{IV} - CR_V$ снижен, T_{III} двуфазен (\pm), на вдохе небольшой, — TCR_1 — изоэлектричен.

Заключение: мышечные изменения обоих желудочков.

Ввиду наличия активной фазы ревматизма, протекающей на фоне комбинированного митрального порока, решено беременность продлить и провести лечение недостаточности кровообращения и активной фазы ревматизма. Назначен строгий постельный режим, кислородотерапия, молочно-растительная диета, с разгрузочными днями: творожно-фруктовыми, овощными. Больная получала салициловый натрий, горицвет 3%, пенициллин по 200 тыс. ед. — три раза в день.

После длительного лечения состояние улучшилось: недостаточность кровообращения уменьшилась до $1\frac{1}{2}$ степени, клиническое наблюдение и дополнительные методы исследования указывали на затухание активной фазы ревматизма. При начале родовой деятельности родоразрешение проведено путем кесарева сечения под местной анестезией. Операция прошла гладко, в послеоперационном периоде осложнений не было.

В течение 25-ти дней больная соблюдала ранее назначенный режим. Выписана на 25-й день после родов, для дальнейшего лечения, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{4}$ степени, с нормальной температурой, РОЭ — 10 мм в 1 час.

Данный пример показывает, что при комбинированном митральном пороке сердца с недостаточностью кро-

вообращении $\frac{3}{2}$ степени, при активном ревматизме с родоразрешением торопиться не следует. Нужно всеми мерами попытаться уменьшить недостаточность кровообращения, вывести больную из тяжелого состояния, уменьшить активность ревматизма и только после этого родоразрешать. Метод родоразрешения должен быть наиболее щадящим. Нам кажется, что кесарево сечение в этих случаях является более бережной и безопасной операцией, чем другой способ родоразрешения.

При родоразрешении операцией кесарева сечения всегда возникает вопрос, когда лучше ее делать, можно ли ждать жизнеспособности плода, делать ли операцию до наступления родов или лучше в момент схваток? Наши наблюдения, проведенные над 15 больными, показывают, что если поступает женщина во второй половине беременности с комбинированным митральным пороком сердца, с недостаточностью кровообращения второй степени, то нужно, в первую очередь, вывести ее из тяжелого состояния и попытаться максимально уменьшить степень недостаточности кровообращения и, по возможности, продлить беременность до жизнеспособности плода. Если состояние женщины в дальнейшем не ухудшается в связи с ростом беременности, а, наоборот, наблюдается улучшение, то лечение следует продолжать и операцию кесарева сечения производить при появлении схваток, так как в этом случае послеоперационный период протекает более благоприятно.

И. Ф. Жордания, В. А. Хатунцев, и М. Д. Косовцева также считают, что операцию кесарева сечения выгоднее делать при начавшихся схватках, во избежание атонического кровотечения после операции. Кроме этого, при начавшихся родах шейный канал обычно раскрывается и этим обеспечивается сток послеродовых выделений из полости матки, что, в свою очередь, является профилактикой послеродовых инфекций.

Если состояние больной после проведенного лечения несколько улучшается, но с увеличением срока беременности вновь наступает ухудшение, то в этом случае мы не дожидаемся начала родовой деятельности, а родоразрешаем больную досрочно, но, по возможности, при жизнеспособности плода.

Больная Б., 26 лет, беременность и роды первые. Поступила с диагнозом: ревматизм, межприступный период, сердечная форма,

комбинированный митральный порок, с преобладанием стеноза, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения $2\frac{1}{2}$, гипостатическая пневмония, беременность—7 месяцев. Стоял вопрос: родоразрешать немедленно или ждать? Было решено вывести больную из крайне тяжелого состояния и только после этого решать вопрос о сроке и методе родоразрешения. Большой был назначен строгий постельный режим, разгрузочные дни: молочно-творожные, фруктовые; сердечные средства: глюкоза с коргликоном, норсульфазол, антибиотики. Лечение продолжалось в течение пяти недель. Состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, отеки уменьшились, но недостаточность кровообращения стойко держалась второй степени. С увеличением срока беременности больная отметила усиление одышки, сердцебиения, поэтому было решено родоразрешать, не дожидаясь наступления самостоятельных родов при 32-недельной беременности. Операция прошла без осложнений. После родоразрешения лечение продолжалось в течение пяти недель. Выписана больная с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени со здоровым младенцем для дальнейшего лечения в терапевтическом стационаре. Ребенок здоров.

Приведенная история болезни показывает, что беременную с комбинированным митральным пороком сердца следует родоразрешать в момент максимального улучшения состояния здоровья.

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: воспаление легких, субинволюцию матки, эндометрит и у двух больных наступила даже смерть.

Остановимся более подробно на историях болезней двух умерших больных после операции кесарева сечения.

Больная С., 23 лет. Беременность первая, 37 недель. Обратилась в женскую консультацию с 9-недельной беременностью. При обследовании установлен диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени. От прерывания беременности отказалась. При следующих посещениях консультации больная предъявила жалобы, характерные для токсикоза беременности, и получала соответствующее лечение. Одновременно беспокоила одышка, сердцебиение и неустойчивая температура. От направления в стационар отказалась, почти не лечилась. В последующее время присоединились отеки на нижних конечностях. Больная доставлена в роддом в тяжелом состоянии с 37-недельной беременностью с диагнозом: комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $2\frac{1}{2}$ степени, с повышенным артериальным давлением до 145/100 мм, с изменениями в моче.

Больная находится в вынужденном полусидячем положении, одышка — до 30 в 1 мин. Отеки на нижних конечностях. В легких укорочение перкуторного звука в нижних отделах. Аускультативно: дыхание проводится везде, в нижних отделах — ослабленное, рассеянные сухие хрипы и влажные. Границы сердца увеличены во все стороны. Левая граница определяется на 2,5 см за среднеключич-

ную линию, верхняя во — втором межреберье, правая — на 2 см от правого края грудины. Выслушивается два тона, ритмичные, приглушенные, и сплошные шумы на всех отверстиях, акцент второго тона над легочной артерией. Пульс—85—90 ударов в 1 мин., артериальное давление—100/50 мм.

Решено начать активную терапию, так как к родоразрешению больная совершенно не была подготовлена. Установлен строгий постельный режим. Назначен кислород, внутривенные вливания глюкозы со строфантином, но состояние прогрессивно ухудшалось. На вторые сутки пребывания в роддоме начались преждевременные роды. Решено сделать кесарево сечение под местной анестезией со стерилизацией. Операция длилась 30 мин. и прошла без осложнений. В течение часа состояние больной не было угрожающим, затем наступило быстрое падение сердечной деятельности, но, несмотря на принятые меры, больная скончалась через 3 час. 40 мин. после операции, после 34 часов пребывания в родильном доме. Ребенок, весом 2400 г, извлечен мертвым, вследствие ателектаза легких. На вскрытии у больной обнаружен бородавчатый эндокардит с преимущественным поражением клапанов аорты и митрального клапана.

Данный пример показывает, что если у больной с комбинированным митральным пороком сердца присоединяется нефропатия беременных, то состояние больной ухудшается. В этом случае эндокардит диагностировать бывает трудно. Поэтому в сомнительных случаях, когда постановка диагноза затрудняется, особенно необходимо своевременно обследовать больную в стационарных условиях. Вовремя поставленный диагноз позволяет правильно наметить лечебно-профилактические мероприятия и предотвратить неблагоприятный исход.

Вторая больная А., 24 лет, первородящая. Диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения $2/3$ степени. Перенесла ревматизм за шесть лет до родов. В связи с беременностью появилась одышка, сердцебиение, с 4-го месяца — отеки на ногах. От прерывания беременности отказалась. Госпитализирована в палату беременных с 32-недельной беременностью с жалобами на одышку, сердцебиение, отеки на ногах, кашель с примесью крови в мокроте.

При осмотре установлено, что больная находится в вынужденном полусидячем положении, цианоз губ, кончика носа. Дыхание — до 30 в 1 мин. В легких укорочение перкуторного звука, выслушивается жесткое дыхание, рассеянные сухие и влажные хрипы, мелко- и среднепузырчатые. Пальпируется «кошачье мурлыканье», границы сердца увеличены влево за среднеключичную линию на 2 см, вверх до 2-го межреберья, вправо — на 1,5 см за правый край грудины. Выслушивается два тона: ритмичные, первый тон хлопающий, и два шума: короткий пресистолический и систолический, акцент второго тона над легочной артерией, расщепление второго тона — ритм перепелки, пульс—98 в 1 мин., ритмичный, мерцательная аритмия. Артериальное давление — 100/65, венозное —

168 мм водяного столба, скорость кровотока с эфиром — 12 сек, с цититоном—20 сек. Печень пальпируется на 2 см из-под реберного края, край мягкий, болезненный. Селезенка не пальпируется. Кровь: РОЭ—43 мм в час, лейкоцитов—7200, гемоглобин—11 г%—66 ед., эритроцитов—3 600 000, п.—2%, с.—64%, л.—28%, м.—5%, э.—1%, баночная проба—отрицательная. Моча: удельный вес—1026, белок—следы, осадок—лейкоциты 3—5 в поле зрения, цилиндры — глалиновые—0—1 в поле зрения. Рентгеноскопия; застойные, широкие гилюсы, сердце митральной конфигурации, увеличено в размерах за счет обоих желудочков и левого предсердия, левая граница почти доходит до переднеаксиллярной линии, ретрокардиальное пространство сужено, пульсация поверхностна, аорта—не изменена.

На основании изложенного поставлен диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок, с пресбладанием стеноза, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения $2\frac{1}{2}$. Беременность—32 недели. Назначено лечение: постельный режим, хлористый аммоний по 0,5—три раза в день, меркузал 1 мл — один раз в неделю, дигиталис по 0,1 — три раза в день, 20% камфара по 3 мл — два раза в день.

Состояние несколько улучшилось, после приема меркузала выделялось до 3 литров мочи. Уменьшились застойные явления в легких. Снизилось венозное давление до 140 мм. Пульс—82 удара в 1 мин. Все указывало на эффективность проводимого лечения. Решено продолжить лечение до родов. Но, почувствовав некоторое улучшение, больная от дальнейшего лечения категорически отказалась, мотивируя решение выписаться тем, что ей надо оформлять документы в связи с только что купленным домом. Никакие уговоры больной и мужа не дали результатов, и она выписалась для амбулаторного лечения. В первое время больная чувствовала себя удовлетворительно, а через месяц одышка вновь стала постоянной, присоединились отеки на нижних конечностях, кровохарканье, и больная была доставлена в роддом каретой скорой помощи с острой левожелудочковой недостаточностью, с беременностью 39 недель.

Были проведены экстренные мероприятия: внутривенно введен 0,05% строфантин— $\frac{1}{2}$ мл в 20 мл 40% глюкозы, 20% камфара—3 мл, кордиамин 1 мл, 2% промедол—1 мл, 10% хлористый кальций—10 мл, кислород. Состояние несколько улучшилось. Лечение продолжалось в течение двух дней, а затем начались преждевременные роды. Решено родоразрешать путем кесарева сечения, под местной анестезией. Перед операцией введена камфара, кофеин, а во время операции капельно вводился 0,05% строфантин—1 мл в 50 мл 5% глюкозы. Кислород больная получала через носовой катетер. Операция прошла гладко, а через 8 часов состояние резко ухудшилось в связи с острой левожелудочковой недостаточностью и отеком легких. Вновь вводился строфантин, кордиамин, камфара, но спасти больную не удалось, и через 8 час. 30 мин. после операции она умерла. На вскрытии обнаружен митральный порок с резким преобладанием стеноза и большие изменения в миокарде: дистрофические и склеротические.

В данном случае митральный стеноз, мерцательная аритмия, которая явилась добавочным осложнением, способствующим нарастанию недостаточности кровообра-

щения; особенно во время беременности, отсутствие подготовки непосредственно перед родами способствовали неблагоприятному исходу.

Следовательно, если беременность у больных с комбинированным митральным пороком сердца оставлена, то на медицинских работников ложится большая ответственность за сохранение жизни матери, так как больное сердце требует большого внимания и бережного отношения.

Учитывая возможность воспалительных осложнений в послеоперационном периоде у рожениц с комбинированным митральным пороком сердца, мы с профилактической целью, за неделю до операции кесарева сечения назначали пенициллин по 200 тыс. ед.—три раза в день, стрептомицин по 250 тыс. ед. — два раза в день и сердечные средства внутривенно: 0,06% коргликон по $\frac{1}{2}$ мл—два раза в день в 20 мл 40% глюкозы или 0,05% строфантин по 0,5 мл—два раза в день.

В итоге проводимых мероприятий за последнее время мы почти не наблюдаем осложнений инфекционного происхождения после операции кесарева сечения.

Таким образом, на основании наших наблюдений, показанием к кесареву сечению служат:

1. Комбинированный митральный порок с недостаточностью кровообращения $\frac{2}{3}$ степени.

2. Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{3}$ степени.

3. Комбинированный митральный порок, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ степени.

4. Комбинированный митральный порок, рецидивирующий ревматический эндокардит, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{4}$ степени.

5. Комбинированный митральный порок, недостаточность аортальных клапанов с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{4}$ степени.

6. Комбинированный митральный порок, состояние после операции комиссуротомии с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени.

Заболевания других внутренних органов, особенно легочная и акушерская патология, расширяют показания к кесареву сечению при комбинированном митральном пороке сердца.

Перед операцией кесарева сечения больная должна лечиться в стационаре, где одновременно ставится вопрос о стерилизации. Решение выносит комиссия, которая подходит строго индивидуально и дает свое заключение после стационарного обследования и лечения, в зависимости от тяжести заболевания и желания больной.

Если повторная беременность при имеющейся патологии сердца абсолютно противопоказана, то в данном случае при операции кесарева сечения мы рекомендуем делать стерилизацию. Однако В. А. Хатунцев и М. Д. Косовцева считают, что иногда приходится отказываться от стерилизации, хотя она и показана, из-за общего тяжелого состояния больной во время операции. Перед операцией кесарева сечения решение врачебной комиссии о стерилизации всегда записывается в историю болезни.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ МИТРАЛЬНОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА

В литературе имеются указания на часто встречающееся самопроизвольное прерывание беременности у больных с заболеванием сердца.

А. Ю. Лурье при патронаже установил 8 преждевременных родов и 13 выкидышей на 108 пороков сердца.

Н. К. Годунова наблюдала 1602 беременных с компенсированным пороком сердца, у 47-ми из них наступило преждевременное прерывание беременности. Из 549 женщин, имеющих разную степень недостаточности кровообращения, преждевременные роды наступили, по ее данным, у 42-х, или в 7,6%.

Наши наблюдения показывают, что из 192 беременных с комбинированным митральным пороком сердца преждевременные роды наступили у 13 больных, что составляет 6,7%. Если учесть, что у всех 13 больных имелась недостаточность кровообращения, а количество беременных с недостаточностью кровообращения было 163, то оказывается, процент преждевременных родов среди беременных с комбинированным митральным пороком сердца, но с недостаточностью кровообращения, увеличивается до 7,9%.

Для предупреждения преждевременных родов у больных с заболеваниями сердца необходимо своевременно

лечить недостаточность кровообращения. Профилактика недостаточности кровообращения является профилактикой преждевременных родов.

Если не удается уменьшить недостаточность кровообращения, то за этими беременными должно быть установлено повседневное наблюдение, иначе беременность может закончиться преждевременными родами.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ РОЖЕНИЦ С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Летальность матерей при органических заболеваниях сердца, по данным различных авторов, колеблется от 2 до 10% (И. И. Яковлев—2—4%, В. В. Сайкова—2,6%, Л. В. Ванина—1%). Эта разница в процентных показателях объясняется тем, что процент выводился на небольшом материале и подвергались анализу различные по тяжести случаи.

Наши наблюдения показывают, что неблагоприятный исход беременности и родов иногда зависит от ошибки в диагностике и несвоевременной госпитализации больной.

Поставить диагноз эндокардита бывает трудно, особенно во время беременности, так как у здоровой беременной может выслушиваться систолический шум и наблюдаться субфебрильная температура, ускоренная РОЭ. В сомнительных случаях следует немедленно беременную направить в стационар, где диагностика облегчается повседневным наблюдением и дополнительными методами исследования. Из 192 беременных с комбинированным митральным пороком сердца, родоразрешившихся в родильном доме № 1, умерло две больных в первые сутки после родов, что составляет 1% к числу родильниц с комбинированным митральным пороком сердца. Истории болезни данных больных приводились ранее. В одном случае причиной смерти послужил нераспознанный рецидивирующий эндокардит, протекающий на фоне комбинированного митрального порока сердца, в другом случае была острая левожелудочковая недостаточность, развившаяся в связи с наличием комбинированного митрального порока с преобладанием стеноза и мерцательной аритмии, с недостаточностью кровообращения $2/2$ сте-

пени. Обе больные на протяжении беременности лечились недостаточно, а перед родами не были подготовлены, несмотря на недостаточность кровообращения второй степени, что, безусловно, способствовало летальному исходу.

Анализ смертности рожениц с заболеваниями сердца, проведенный по историям болезни умерших рожениц по Горьковской области, показывает, что неблагоприятный исход родов зависит от несвоевременной диагностики ревматизма, неправильного ведения беременности, так как нередко такие больные с недостаточностью кровообращения оставляются на амбулаторном лечении, родоразрешаются без подготовки к родам в период тяжелого состояния беременной, преждевременно выписываются после родов, без активного патронажа и без соответствующего лечения.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Вес зрелого плода, по данным различных авторов, может быть различным, но в общем считается, что доношенный плод имеет вес не ниже 2500 г. Рост (длина тела) доношенного новорожденного колеблется от 47 до 52 см. На вес новорожденного влияют самые разнообразные обстоятельства, в том числе, возраст роженицы, число родов и проч.

Некоторые авторы указывают на неблагоприятное влияние на вес плода тяжелых заболеваний беременной.

Л. В. Ванина наблюдала гипертрофию (понижение весо-ростового индекса), гипорефлексию и гипотонию в 32,5% (у 82 из 352) детей, рожденных у женщин с заболеваниями сердца. Эти состояния у новорожденных, по ее мнению, находились в известной зависимости от тяжести заболевания матери.

Мы изучали вес 100 детей здоровых родильниц. Эти женщины имели возраст, число беременностей и профессию, аналогичные с показателями у женщин с заболеваниями сердца. По нашим данным, вес детей здоровых родильниц не отличается от веса детей родильниц с заболеванием сердца. Мы не могли установить влияния недостаточности кровообращения на вес новорожденно-

го. У некоторых родильниц недостаточность кровообращения была второй степени, а вес младенца достигал 4000 г и более. Следовательно, данные наших наблюдений не говорят о влиянии недостаточности кровообращения матери на вес плода.

Средний рост новорожденного принято считать в пределах 48—50 см. У родильниц с заболеванием сердца, при доношенной беременности, изменения роста новорожденных, по сравнению с установленными нормами, нами также не наблюдалось.

Средняя лобно-затылочная окружность головы у доношенных детей равна 34 см. У новорожденных младенцев, матери которых страдали заболеваниями сердца, изменений в окружности головки также не наблюдалось.

Следовательно, вес, рост и лобно-затылочная окружность головки новорожденных у женщин с заболеваниями сердца не отличаются от подобных размеров новорожденных у здоровых рожениц.

Средний процент мертворожденных у рожениц с заболеванием сердца, по литературным данным, равен 3,4% (Б. Я. Динец), 2,4% (Л. В. Ванина), 1,3% (Н. К. Годунова). По нашим данным, он равен 3,1%.

Внутриутробная смерть плода в родах наступила у 5 из 161 больной. Это были роженицы с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза с мерцательной аритмией, с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Несмотря на стационарное лечение, проводимое перед родами, степень недостаточности кровообращения перед родами у этих больных не уменьшилась. У всех этих больных новорожденные родились в тяжелой асфиксии и оживить их не удалось. Известно, что питание и дыхание внутриутробного плода происходит посредством маточно-плацентарного кровообращения, и нарушение его может вести к асфиксии плода. Причины нарушения в маточно-плацентарном кровообращении могут быть обусловлены прижатием пуповины в родах, отслойкой предлежащей плаценты, преждевременным отхождением детского места, судорожными родовыми болями, длительным периодом изгнания и общими заболеваниями матери. В частности, при заболеваниях сердца асфиксия плода, очевидно, обуславливается недостатком кислорода и избытком углекислоты в организме матери. Следовательно, своевременное лече-

ние недостаточности кровообращения является профилактикой внутриутробной асфиксии плода.

Смертность среди новорожденных у женщин с недостаточностью кровообращения, по данным Б. Я. Динец, доходит до 87%. По нашим данным, она равна 2,5%. В наблюдаемых нами случаях причиной смерти послужила пневмония, поэтому нам кажется, что нужно обращать особое внимание на состояние легких у новорожденных, рожденных женщинами с комбинированным митральным пороком сердца.

Грудное вскармливание детей является единственным физиологическим питанием, которое обеспечивает полноценное развитие ребенка. Поэтому мы разрешаем грудное вскармливание родильницам с комбинированным митральным пороком сердца. Кормящие женщины чувствуют себя лучше, испытывая полное счастье материнства.

Задача медицинского персонала — помочь кормящей матери избежать излишних движений. Вскармливание лучше проводить в горизонтальном положении. При такой организации ухода можно обеспечить грудное вскармливание детям, рожденным женщинами с заболеваниями сердца.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Степень недостаточности кровообращения после родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца во многом зависит от правильно организованного режима дня, лечебных мероприятий и удлиненного пребывания в родильном доме после родов. Выписывая данных больных не ранее чем на 20-й день после родов, мы видели, что степень недостаточности кровообращения после родов у 40 больных из 192 уменьшилась. Улучшение наблюдалось, преимущественно, у больных с комбинированным митральным пороком сердца, без обладания стеноза. Больные с митральным стенозом с рецидивирующим ревматическим эндокардитом, с недостаточностью аортальных клапанов, с мерцательной аритмией после родов чувствовали себя несколько хуже, чем до беременности. Беспокоила одышка, даже в покое,

сердцебиение, кашель с мокротой, а при объективном обследовании степень недостаточности кровообращения у этих больных была несколько больше, чем до беременности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С КОМБИНИРОВАННЫМ МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

С целью изучения влияния беременности и родов на состояние здоровья женщин с заболеваниями сердца мы изучили отдаленные результаты их у 70 больных с комбинированным митральным пороком сердца. Это были, в большинстве случаев, молодые женщины. Так, у 46 из них возраст был до 30 лет, у 24—свыше 30 лет, 28 было первородящих и 42 — повторнородящих.

Проведенное обследование показало, что степень недостаточности кровообращения у женщин с комбинированным митральным пороком сердца в последующие годы жизни после родов стала несколько больше. Три женщины умерли в первый год после родов. Ухудшение состояния наступило, преимущественно, у больных с митральным стенозом, с недостаточностью аортальных клапанов и после перенесенного рецидивирующего ревматического эндокардита.

Мы изучали динамику отдельных признаков недостаточности кровообращения у 67 больных (истории болезни трех умерших больных мы приведем полностью, так как они представляют особый интерес).

Наиболее ранним симптомом сердечной недостаточности является одышка. У 53 больных из 67 обследованных одышка наблюдалась и до беременности, а после родов через 3—8 лет жалобы на одышку предъявляли 55 больных. Причем у 28 из них одышка стала постоянной.

Увеличение одышки после родов наблюдалось у больных с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, с мерцательной аритмией, с рецидивирующим ревматическим эндокардитом.

Жалобы на сердцебиение до беременности были у 17 из 67 больных. После родов число больных, предъявивших жалобы на сердцебиение, увеличилось до 28.

Степень недостаточности кровообращения у больных с комбинированным митральным пороком сердца до беременности, во время беременности, родов и после них*

Наименование сердечной патологии	До беремен- ности			Во время беременно- сти			Отдаленные результаты родов						
	степень недостаточности кровообращения									умерли			
	без недост.	1/1	1/2	2/2	без недост.	1/1	1/2	2/2	без недост.		1/1	1/2	2/2
Комбинированный митральный порок	14	27	6	2	10	28	7	4	12	22	8	7	
Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза		4	5	—	—	3	4	2	—	2	5	2	
Комбинированный митральный порок, мерцательная аритмия . *	—	3	—	—	—	2	1	—	—	2	1		
Комбинированный митральный порок, недостаточность аортальных клапанов .	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Комбинированный митральный порок, рецидивирующий эндокардит	—	2	3	1	—	1	4	1	—	—	3	1	2
Комбинированный митральный порок, состояние после комиссуротомии	—	2	—	—	—	1	—	1	—	1	1	—	
Итого	14	39	14	3	10	36	16	8	12	27	18	10	3

* Обследовано 70 больных;

Кашель с пенистой мокротой, временами с примесью крови, до беременности наблюдался у двух больных, а после родов — у семи. У этих же больных выслушивались в ниже-задних отделах легких влажные хрипы, отмечалось снижение нижних границ легких и уменьшение дыхательной подвижности их, а при рентгеноскопии установлено расширение корней легких, усиленный бронхо-сосудистый рисунок, мутные поля легких.

У 5 больных до беременности, а после родов — у 15 наблюдались жалобы на отеки век по утрам, на отеки ног по вечерам. При объективном обследовании, кроме застойных явлений в легких, установлено увеличение границ сердца влево, вверх и вправо, увеличение размеров печени от 2 до 3,5 см, учащение пульса от 85 до 96 ударов в 1 мин., повышение венозного давления до 145—160 мм водяного столба.

Таким образом, из 67 обследованных нами больных установлено увеличение степени недостаточности кровообращения по левому сердцу у 5 больных, по правому — у 10, причем у 5 из этих больных недостаточность кровообращения второй степени была тотальной.

Следовательно, после родов у больных с комбинированным митральным пороком сердца наступило стойкое ухудшение состояния (у 10 из 67). У остальных 57 больных, хотя и наблюдались жалобы на одышку, сердцебиение, но после лечения состояние улучшилось и одновременно уменьшилось количество симптомов, характерных для недостаточности кровообращения.

Остановимся более подробно на историях болезни больных, которые умерли в первый год жизни после родов.

Больная Ч., 28 лет, беременность вторая. В анамнезе: ревматизм, порок сердца, инфаркт легкого. Первая беременность протекала при наличии комбинированного митрального порока сердца, с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $1/2$ степени. Родоразрешение было проведено операцией кесарева сечения. После родов чувствовала себя удовлетворительно. Через три года после первых родов, без совета с врачами, оставила беременность. Недостаточность кровообращения наступила с первого месяца беременности. Установлен диагноз: ревматизм, активная фаза, комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения $2/2$. Ввиду безуспешного лечения на 32-й неделе беременности сделано родоразрешение путем кесарева сечения, под местной анестезией. Извлечен живой плод. После родов состояние не улучшилось, и больная была на-

правлена в терапевтический стационар и через три месяца выписана с улучшением, с недостаточностью кровообращения $0/1$ степени. В течение шести месяцев чувствовала себя удовлетворительно. Затем заболела воспалением легких и при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности больная умерла. Ребенок жив, нормально развивается.

Из приведенного выше примера видно, что у больной уже при первой беременности наблюдалась недостаточность кровообращения $1/2$ степени. Повторная беременность была абсолютно противопоказанной, так как недостаточность кровообращения наблюдалась с первого месяца беременности и была активная фаза ревматизма. Смерть наступила при явлениях острой левожелудочковой недостаточности, развившейся в связи с пневмонией.

Больная С., 25 лет., беременность вторая, роды первые. Аборт был сделан по медицинским показаниям. В анамнезе: ревматизм с 13-летнего возраста и повторный приступ ревматизма в 22-летнем возрасте. Вторую беременность больная оставила без совета с врачами.

Выраженные признаки недостаточности кровообращения начались с третьего месяца беременности. Дважды лежала в палате беременных с диагнозом: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения второй степени. В 30 недель беременности присоединился поздний токсикоз беременности. Состояние ухудшилось. Одышка наблюдалась при малейшем движении, цианоз губ, отеки на нижних конечностях. В легких жесткое дыхание, влажные хрипы. Верхушечный толчок в пятом межреберье за среднеключичную линию на 2 см, там же определяется левая граница сердца. Верхняя граница во втором межреберье, правая — на 2 см за правый край грудины. Выслушивалось два тона, ритмичные, приглушенные, два шума: систолический и пресистолический; акцент второго тона над легочной артерией, пульс — 92 удара в 1 мин., артериальное давление — 160/115 мм. Печень увеличена на 6 см. Глазное дно: сосок зрительного нерва обоих глаз бледноватый, артерии узкие, вены резко расширены, местами кровоизлияния. Анализ мочи указывал на стойкую альбуминурию в пределах 4,95—1,32%, гематурию—до 20 в поле зрения эритроцитов, цилиндрурию. Удельный вес — в пределах 1015—1021. Остаточный азот крови — 69,6 мг/о.

На 31-й неделе беременности сделано кесарево сечение под местной анестезией. Операция прошла без осложнений. Артериальное давление снизилось до 125/60, уменьшились ренальные симптомы, но в послеродовом периоде присоединилась субинволюция матки. Температура приняла ремитирующий характер, увеличилась селезенка и прогрессивно нарастала анемия. Больная с диагнозом септический эндокардит, протекающий на фоне комбинированного митрального порока сердца, переведена в терапевтическое отделение больницы, где лечилась в течение месяца и, по настоянию родственников, выписана для амбулаторного лечения. Умерла через три месяца после родов.

У данной больной с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения наблюдалась с первых месяцев беременности. Состояние ухудшилось в связи с нефропатией. После субинволюции матки развился септический эндокардит, на фоне комбинированного митрального порока сердца, что привело больную к смерти.

Третья больная Б., 22 лет (история болезни приведена на стр. 76). Диагноз: септический эндокардит, развивающийся в связи с гнойным маститом, на фоне комбинированного митрального порока сердца и недостаточности аортальных клапанов. Смерть наступила через шесть месяцев после родов в связи с эмболией в сосуды мозга.

Анализ смертных случаев показывает, что причиной неблагоприятного исхода беременности и родов у больных с комбинированным митральным пороком сердца может явиться септический эндокардит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, развившаяся в связи с пневмонией.

Итак, изучение отдаленных результатов беременности и родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца показывает, что ухудшение состояния здоровья наблюдается у тех больных, у которых и до беременности имелась недостаточность кровообращения или если она появилась уже с первого-второго месяца беременности. Повторный приступ ревматизма во время беременности, септический эндокардит, развившийся в связи с гнойной инфекцией, может привести больную в первые месяцы после родов к смерти.

Поэтому при решении вопроса об оставлении беременности у больных с комбинированным митральным пороком сердца следует подходить строго индивидуально, с учетом всех особенностей течения заболевания и степени недостаточности кровообращения.

Изучение анамнестических данных показало, что снижение лактации у женщин с комбинированным митральным пороком сердца не отмечается и не наблюдается ухудшения состояния здоровья в связи с грудным вскармливанием ребенка.

Дети у женщин с комбинированным митральным пороком сердца развиваются так же, как и у здоровых женщин.

ВЫВОДЫ

Наблюдение за течением беременности и родов у 192 женщин с комбинированным митральным пороком сердца, изучение отдаленных результатов их у 70 больных позволяет сделать следующие выводы.

1. У женщин с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности ухудшения состояния здоровья после беременности и родов не наблюдается в том случае, если до беременности не было недостаточности кровообращения или она была не более чем первой степени.

2. У большинства больных с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза после беременности и родов развивается недостаточность кровообращения, если ее не было или она усугубляется.

3. У больных с комбинированным митральным пороком сердца, с преобладанием стеноза, если присоединяется мерцательная аритмия, недостаточность аортальных клапанов или рецидивирующий ревматический эндокардит, степень недостаточности кровообращения после родов увеличивается, а там, где ее не было, она появляется вновь.

В этих случаях иногда наблюдается летальный исход. Поэтому при данной патологии сердца лучше беременность не допускать.

4. Правильный выбор метода родоразрешения нередко решает благоприятный исход беременности и родов. В связи с этим мы рекомендуем следующее.

А. К самопроизвольным родам допускать:

1) При комбинированном митральном пороке сердца без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $0/1$.

2) При комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза без недостаточности кровообращения.

Б. Выключать потужную деятельность наложением акушерских щипцов:

1) При комбинированном митральном пороке сердца с недостаточностью кровообращения $1/1$ и $2/2$ степени.

2) При комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза с недостаточностью кровообращения $0/1$, $1/1$, $1/2$ степени.

3) При комбинированном митральном пороке сердца, после перенесенного во время беременности рецидивирующего ревматического эндокардита без недостаточности кровообращения и с недостаточностью кровообращения первой степени.

4) При комбинированном митральном пороке, мерцательной аритмии без недостаточности кровообращения.

В. Показанием к операции кесарева сечения служат:

1) Комбинированный митральный порок сердца с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени.

2) Комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени.

3) Комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, с мерцательной аритмией, с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени.

4) Комбинированный митральный порок сердца при рецидивирующем ревматическом эндокардите без недостаточности кровообращения и с недостаточностью кровообращения любой степени.

5) Комбинированный митральный порок сердца и недостаточность аортальных клапанов без недостаточности кровообращения и с недостаточностью кровообращения любой степени.

6) Комбинированный митральный порок сердца, состояние после митральной комиссуротомии с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени.

Показания к операции кесарева сечения при комбинированном митральном пороке сердца расширяются, если имеется другая патология внутренних органов или акушерские показания.

5. Роды у женщин с комбинированным митральным пороком сердца заканчиваются несколько быстрее, чем у здоровых рожениц, что необходимо иметь в виду при ведении их.

6. Преждевременные роды у женщин с комбинированным митральным пороком сердца наблюдаются редко (в 6—7%).

7. Причиной неблагоприятного исхода родов у беременных с комбинированным митральным пороком сердца является септический эндокардит, острая или хроническая недостаточность кровообращения.

8. Благоприятному исходу родов у женщин с комби-

нированным митральным пороком сердца способствует совместное наблюдение за больной врача терапевта и акушера-гинеколога на протяжении всей беременности, родов и после них.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ МИТРАЛЬНОЙ КОМИССУРОТОМИИ

В настоящее время все шире применяется операция—митральная комиссуротомия при митральном стенозе.

В клинике госпитальной хирургии Горьковского медицинского института, руководимой заслуженным деятелем наук РСФСР Б. А. Королевым, произведено 340 операций митральной комиссуротомии. Из числа оперированных больных большинство женщин в молодом возрасте. Поэтому нередко встает вопрос о том, как быть с беременностью у женщин после комиссуротомии. Возможно ли родоразрешение и если да, то как вести беременность и роды?

Л. М. Колманова-Грошева описала один случай благоприятных родов у 29-летней женщины, которые наступили через четыре года после митральной комиссуротомии. Были наложены щипцы. Колманова-Грошева требует сдержанного отношения к разрешению беременности у таких больных, ввиду тяжелой недостаточности кровообращения, наблюдаемой во время беременности и, особенно, тотчас после родов.

Мы наблюдали четырех женщин, у которых беременность наступила после митральной комиссуротомии. Приведем историю болезни каждой из них.

Больная Д., 32 лет, беременность четвертая, роды вторые. Поступила с жалобами на одышку при ходьбе и малейшей физической нагрузке, сердцебиение. Беременность — 15 недель. Больна ревматизмом с 12 лет, перенесла три приступа ревматизма. В 1956 году, после первых родов, впервые диагностирован комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза. В этом же году Б. А. Королевым сделана митральная комиссуротомия, после которой больная чувствовала себя удовлетворительно. С наступлением беременности состояние ухудшилось, одышка стала постоянной, присоединились отеки. Больная поступила в клинику для решения вопроса о возможности сохранения беременности.

Больная бледна, цианоз лица, дыхание до 26 в 1 мин. В лег-

ких в нижних отделах выслушиваются влажные, мелкопузырчатые хрипы. В области сердца послеоперационный рубец, верхушечный толчок виден на глаз в пятом межреберье, сильный, разлитой на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Левая граница сердца — за среднеключичную линию на 1,5 см, правая — на 2 см от правого края грудины, верхняя — нижний край второго ребра. При пальпации определяется «кошачье мурлыканье». Выслушиваются два тона, которые сопровождаются двумя шумами: систолическим и диастолическим; акцент второго тона над легочной артерией. Пульс — 96 ударов в 1 мин., мерцательная аритмия. Дефицит пульса — 4 удара в минуту. Артериальное давление — 100/60, венозное давление — 160 мм водяного столба. Печень увеличена, выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Беременность — 15 недель.

При рентгеноскопии определяются широкие, ветвистые корни легких. Синусы свободны. Сердце увеличено за счет левого и правого желудочка. Левая граница за среднеключичную линию на 1,5 см, правая — почти по парастернальной линии. Ретрокардиальное пространство резко сужено. Пульсация средней глубины. Баллистокардиограмма приведена на рис. 16а, векторкардиограмма — на рис. 17а.

На основании изложенного, поставлен диагноз: ревматизм, активная фаза, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения второй степени, состояние после комиссуротомии, беременность 15 недель.

Больной назначен постельный режим, разгрузочная терапия, в виде творожно-фруктовых дней, инъекции меркузала, внутривенные вливания коргликона с глюкозой, камфара, бутадюн, антибиотики.

Вся проводимая терапия была не эффективной, недостаточность кровообращения стойко держалась второй степени, поэтому беременность прервана путем малого кесарева сечения, под местной анестезией; операция прошла гладко. На третий день развилась острая левожелудочковая недостаточность и присоединилась гипостатическая пневмония. В течение четырех дней состояние больной было крайне тяжелое. Больная получала норсульфазол по схеме, пенициллин по 200 тыс. ед. — через 4 часа, стрептомицин по 250 тыс. ед. — два раза в день, строфантин по 0,00025 в 20 мл 40% глюкозы — два раза в день, 20% камфару по 3 мл — два раза в день и кислород.

После родоразрешения дополнительные методы исследования указывали на некоторое ухудшение.

Баллистокардиограмма дана на рис. 16б, векторкардиограмма — на рис. 17б.

На 18-й день после операции температура снизилась до нормы, и на 30-й день больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Данный пример показывает, что после митральной комиссуротомии, если имеется активная фаза ревматизма, мерцательная аритмия и недостаточность кровообращения второй степени, беременность противопоказана.

Больная З., 24 лет, беременность третья, роды первые (два аборта сделаны по медицинским показаниям). Поступила в клинику с жалобами на сухой мучительный кашель, одышку постоянного характера, сердцебиение, небольшие отеки на нижних конечностях, периодическое повышение температуры,

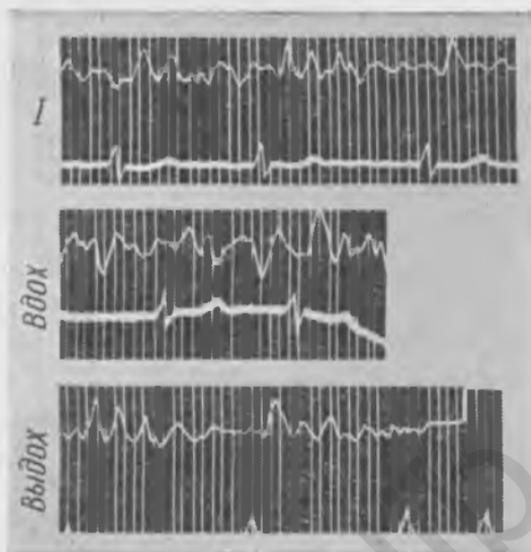


Рис. 16а. Баллистокардиограмма снята у больной Д. в 15 недель беременности. Баллистокардиограмма имеет вторую степень изменений по Броуну.

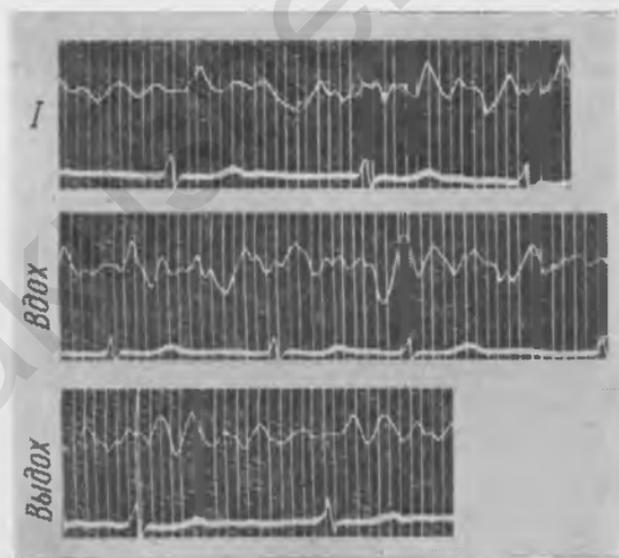


Рис. 16б. Баллистокардиограмма снята у больной Д. после родоразрешения на 20-й день. БКГ имеет вторую степень изменений по Броуну.

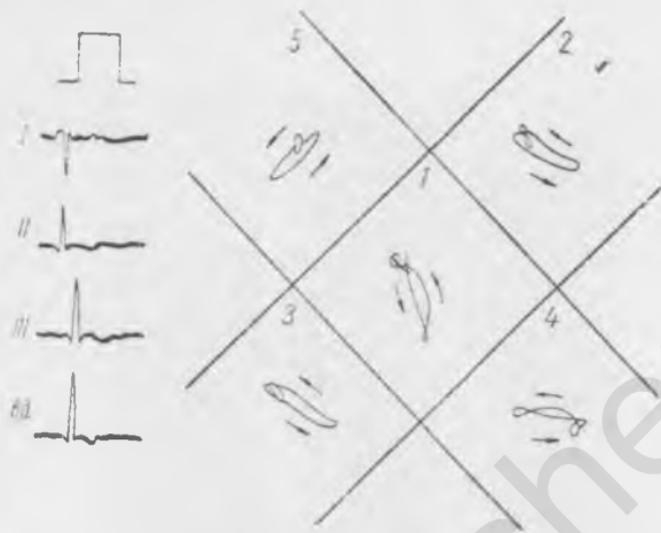


Рис. 17а. Векторкардиограмма у больной Д. снята в 15 недель беременности. Ход луча правильный, форма петли листовидная, в 3—4-й плоскостях сужена, в 5-й плоскости расположена горизонтально. Трасса неровная, имеется двуосевость во 2-й, 4-й и 5-й плоскостях, перекручена в 1-й, 4-й плоскостях. Вдавление во 2-й и 3-й плоскостях. Петля QRS в 5-й плоскости расположена в секторе 0° , α большой—до 135° . Максимальный вектор петли QRS колеблется от 23 до 18 мм. Его ширина от 2,5 до 4 мм. Длина вектора Т колеблется от 6 до 3 мм, ширина — от 1,5 до 4 мм.

Заключение: промежуточное положение электрической оси сердца, изменения миокарда желудочков.



Рис. 17б. Векторкардиограмма снята у больной Д. после родоразрешения на 20-й день. Петля QRS стала более причудливо изменена (по сравнению с векторкардиограммой во время беременности), больше встречается перекручивание, сужение в 2-й, 3-й плоскостях. Все это дает основание говорить о некотором ухудшении после беременности и родоразрешения.

Из анамнеза установлено, что с детства страдает ангиной. В 1952 году диагностирован ревматизм с недостаточностью митрального клапана. В 1954 году впервые появилось кровохарканье, а в 1955 году установлен комбинированный митральный порок с резким преобладанием стеноза. В 1956 году Б. А. Королевым произведена операция митральной комиссуротомии.

После операции наступило улучшение: уменьшилась одышка, отеки. Через два года после митральной комиссуротомии наступила беременность. В первые месяцы чувствовала себя удовлетворительно, лишь отмечала небольшую одышку при ходьбе. На четвертом месяце беременности больная нарушила рекомендованный режим — прошла пешком 6 км, и с явлением острой левожелудочковой недостаточности была доставлена каретой скорой помощи в больницу. После месячного лечения состояние улучшилось, но беспокоил мучительный сухой кашель и одышка. Больная вновь поступила для стационарного лечения, но уже в клинику госпитальной терапии.

При объективном обследовании: положение вынужденное, полусидячее, цианоз губ. Шейные вены набухшие. Дыхание — 36 в 1 мин. В легких перкуторно-ясный легочный звук, аускультативно-жесткое дыхание; в задне-нижних отделах — небольшое количество влажных хрипов. В области сердца — послеоперационный рубец. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см за среднеключичную линию; левая граница проходит тут же, верхняя — во втором межреберье, правая — на 1 см за правый край грудины. Выслушиваются два тона, ритмичные, учащенные, первый тон усилен; два шума: пресистолический и систолический. Пульс — 120 в 1 мин. Артериальное давление — 110/60 мм, венозное — 120 мм водяного столба. Печень выходит из-под реберного края на 1 см, край мягкий, болезненный. Селезенка не увеличена. Беременность 24 недели.

Рентгеноскопически: широкие застойные корни легких. Сердце митральной конфигурации, с увеличением левого предсердия и правого желудочка. Пульсация средней глубины. Кровь: гемоглобин — 9 г% — 55 единиц, эритроцитов — 3 320 000, цветной показатель — 0,83, РОЭ — 70 мм в час, лейкоцитов — 10 900; ю. — 2%; п. — 16%; с. — 67%, л. — 110%, м. — 4%. Баночная проба Вальдмана отрицательная, моноцитов в мазке крови из-под банки — 7%, из пальца — 5%. Формоловая реакция — отрицательная.

Электрокардиограмма приведена на рис. 18а, векторкардиограмма — на рис. 19а, баллистокардиограмма — на рис. 20а.

Установлен диагноз: ревматизм, сердечная форма, эндомиокардит на фоне комбинированного митрального порока, состояние после комиссуротомии, недостаточность кровообращения $2/2$ степени, беременность 24 недели.

Больной назначен постельный режим, дыхательная гимнастика, седьмой стол: с ограничением жидкости и соли, бутадиион по 0,15 г — три раза в день, пенициллин по 200 тыс. ед. — три раза в день, стрептомицин по 250 тыс. ед. — два раза в день, разгрузочная терапия. Больная получала сердечные средства: горлицет, дигиталис; периодически вводился внутривенно коргликон в глюкозе, давался кислород.

В результате комплексной терапии состояние больной постепенно улучшалось. Недостаточность кровообращения уменьшилось с $2/2$ до $1/1$ степени. Температура снизилась до нормы, мучительный сухой кашель прекратился, РОЭ снизилась до 43 мм в 1 час,

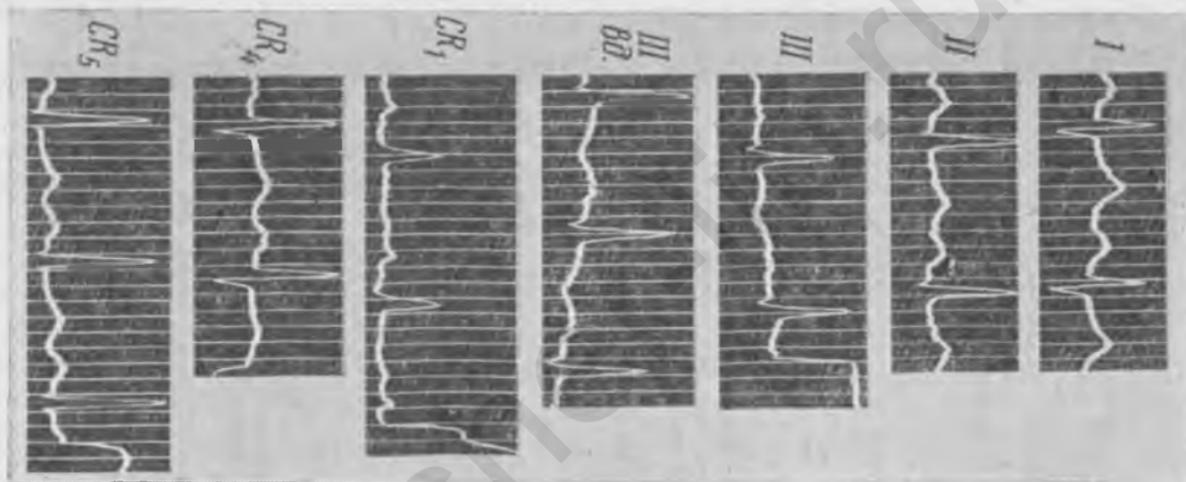


Рис. 18а. Электрокардиограмма больной З. снята в 30 недель беременности. $PQ=0,17^*$, $QRS=0,07^*$, $QR\ddot{S}T=0,29^*$ ($N\ 0,28^*$), $RC=0,48^*$, $P=120$ в $1'$. Систолический показатель по Фогельсону-Черногорову - 62% ($N\ 56\%$). Направление оси сердца вправо (+7 мм). Ритм правильный, синусовый, выраженная синусовая тахикардия. P_I —высокий, P_{III} —снижен. P —на вдохе двуфазный (\pm). Q_I —II—III T_{III} и на вдохе отрицателен, $R_I < R_{III}$, RCR_V — высокий, S_I —глубокий, Заключение: выраженные мышечные изменения предсердий и обоих желудочков, с преобладанием правого желудочка, синусовая тахикардия, правограмма.

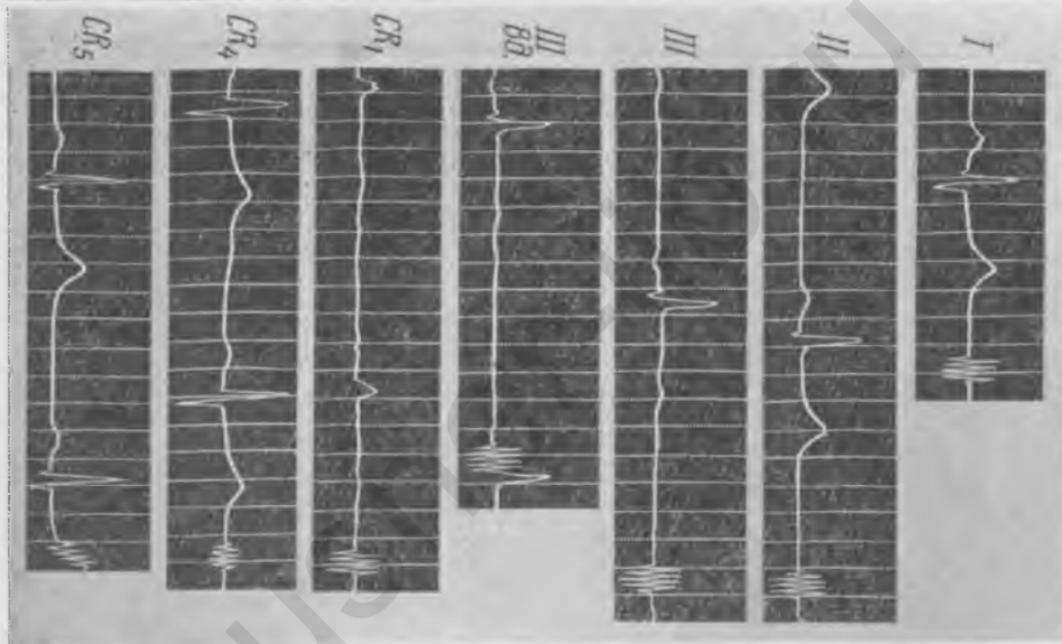


Рис. 186. Электрокардиограмма больной З. после родов через 5 месяцев. $PQ = 0,16''$, $QRS = 0,08''$, $QRST = 0,45''$ ($N 0,44''$), $RC = 1,18''$. $P = 50$ в 1'. Систолический показатель — 36% ($N 36\%$). Направление оси сердца вправо ($-4,5$ мм). Ритм правильный, синусовая брадикардия. P_I — высокий. P_{II} — зазубрен, P_{III} — отрицателен, зазубрен, P_{III} на вдохе — двуфазен (\pm), $Q_{I-II-III}$ — слабо выражен, $R_I = R_{III}$ выражен, ST_{II-III} — выше изолинии. T_{III} — низкий, положительн. T_{CR_I} — почти изоэлектричен, $T_I - II - CR_{IV}$ — положительный, хорошо выражен. Заключение: изменения миокарда предсердий с вовлечением миокарда правого желудочка. Синусовая брадикардия, отклонение оси сердца вправо.



Рис. 19а. Векторкардиограмма снята в 30 недель беременности у больной З. Ход луча неправильный, в третьей плоскости идет против часовой стрелки. Форма петли QRS эллипсообразная, во второй плоскости—вытянутая, в пятой—резко сужена. Дополнительные петлеобразования во второй и третьей плоскостях. Расположение петли QRS в 4-й и 5-й плоскостях в секторе неправильное: в 4-й плоскости QRS в секторе $+83^\circ$, T— 90° , в 5-й плоскости QRS— 32° , T— 105° , $\angle \alpha$ в этих плоскостях в пределах— $73 \pm 170^\circ$.

Заключение: горизонтальное положение электрической оси сердца. Выраженные изменения миокарда обоих желудочков.



Рис. 19б. Векторкардиограмма снята через пять месяцев после родов у больной З. На векторкардиограмме, по сравнению с векторкардиограммой, снятой во время беременности, наблюдается некоторое улучшение. В 4-й плоскости петля QRS и T располагаются в секторе 58° , вместо 83° и 95° . В 5-й плоскости петля QRS располагается в секторе $+25^\circ$ и -18° (двуосевость) и петля T в секторе $+55^\circ$ (вместо 32° и -105°).

Заключение: изменения векторкардиограммы указывают на некоторое улучшение ее, по сравнению с периодом беременности.

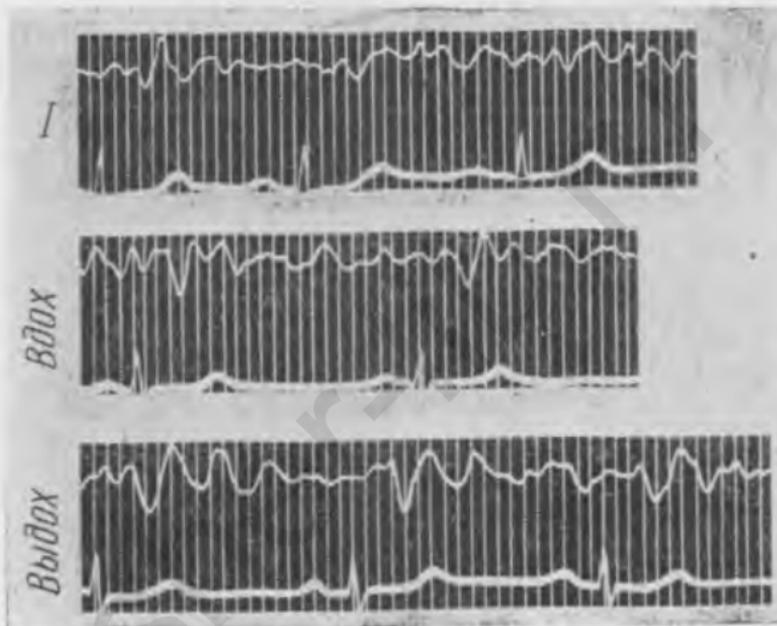


Рис. 20а. Баллистокардиограмма больной З. до родов в 30 недель беременности. Комплексы БКГ выражены, но большинство из них малой амплитуды. Волны Н и і значительно снижены, а временами j отсутствует. Встречаются комплексы с расщепленным Н и j. Диастолические волны резко выражены. На высоте вдоха урежение сердечных сокращений Н становится выше.

Заключение: вторая степень нарушения по Броуну.

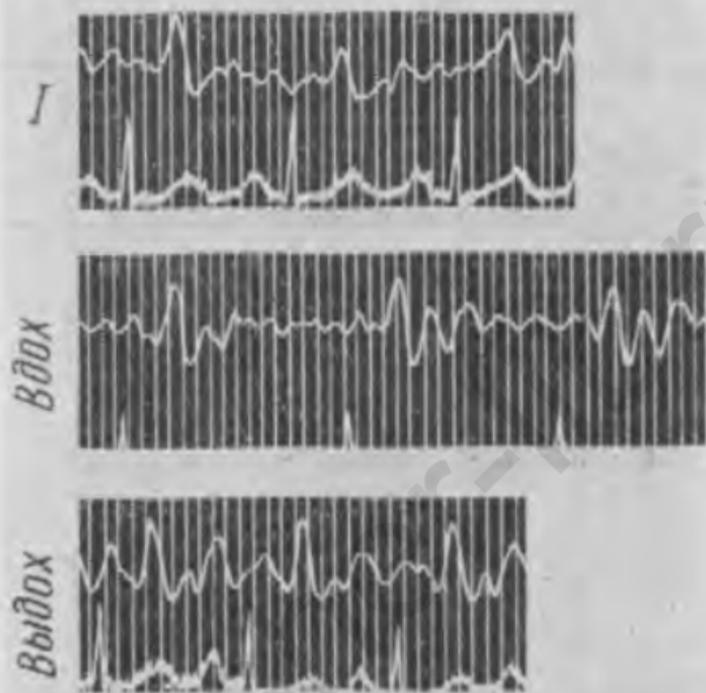


Рис. 206. Баллистокардиограмма снята после родов у больной З. через 5 месяцев. Комплексы баллистокардиограммы выражены ясно, на вдохе—выражены. Большинство малой амплитуды. Волна Н низкая, расщеплена. Диастолические волны несколько снижены. Баллистокардиографический индекс 0,6.

Заключение: первая степень отклонения от нормы по Броуну.

На 22-й день пребывания в клинике внезапно появился озноб; боли в животе, поднялась температура до 38° и одновременно присоединились дизурические явления, положительный симптом Пастернацкого. В моче белок до 1,65% и лейкоциты до 20 в поле зрения. Все это говорило о присоединившемся пиелите. Дозы пенициллина и стрептомицина были увеличены, добавлен синтомицин. На 4-й день температура снизилась до $36,7^{\circ}$, моча нормализовалась, и состояние улучшилось.

Решено: после консультации с проф. В. Г. Вограликом беременность продолжить до жизнеспособности плода.

В 32 недели беременности, т. е. 7/XI, в 20 часов, начались преждевременные роды и отошли воды. Схватки возобновлялись через каждые 5 мин. и продолжались по 25—30 сек. Во входе в таз определялось ягодичное предлежание. Решено: роженицу допустить к самопроизвольным родам. Больная переведена в родильный дом № 1. Общее состояние оставалось удовлетворительным.

Перед родами введен внутривенно коргликон 0,5 мл (0,0003) в 20 мл 40% глюкозы, сделана инъекция 20% камфары — 3 мл, кордиамин 1 мл и непрерывно давался кислород. Пульс — 82 удара в 1 мин., артериальное давление—110/75. Венозное, в момент потуг — 168 мм водяного столба, вне потуг—128 мм водяного столба, пульс — 86 ударов в 1 мин., и в 22 час. 05 мин. родился младенец, весом 2000 г, длиной 44 см. Послед выделился самостоятельно через 5 мин. после рождения младенца. Таким образом, роды были быстрыми, продолжались всего лишь 2 час. 10 мин.

После родов больная соблюдала строгий постельный режим, получала пенициллин, стрептомицин, внутривенное вливание глюкозы с коргликоном, кислород и на ночь инъекции камфары. Чувствовала себя удовлетворительно, температура оставалась стойко нормальной. РОЭ—25 мм в 1 час. Разрешено грудное кормление младенца.

На 12-й день после родов поднялась температура до $38,7^{\circ}$, появилась боль в правом боку при глубоком вдохе. В области нижней доли правого легкого определялось укорочение перкуторного звука и выслушивалось бронхиальное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Все это указывало на наличие правосторонней очаговой пневмонии.

Назначен норсульфазол по схеме, тетрацилин по 0,5 — четыре раза в день; больная продолжала принимать сердечные средства. Через пять дней температура снизилась до нормы. Состояние постепенно улучшалось. Включена дыхательная гимнастика, массаж нижних конечностей. Режим расширялся постепенно, с включением комплекса лечебной гимнастики, предусмотренной для заболеваний сердечно-сосудистой системы. Выписана в удовлетворительном состоянии, без недостаточности кровообращения. Через шесть месяцев после родов состояние здоровья больной удовлетворительно. Электрокардиограмма приведена на рис. 186, баллистокардиограмма — на рис. 196, векторкардиограмма — на рис. 206.

Приведенный пример показывает благоприятный исход беременности и родов у женщины после операции митральной комиссуротомии.

Длительное стационарное лечение до и после родов

способствовало максимальному снижению степени недостаточности кровообращения и затуханию активной формы ревматизма.

В последующее время после родов больная была диспансеризована. Через заводоуправление ей предоставлена новая квартира. Ребенок помещен в детские ясли, что освободило больную от ухода за ним, предоставлена путевка в кардиологический санаторий.

В настоящее время больная чувствует себя удовлетворительно, и недостаточности кровообращения не определяется.

Больная Ю., 30 лет, беременность первая, 31 неделя. Поступила с жалобами на небольшую одышку при ходьбе, изредка отеки на ногах. Считает себя больной с 1954 года, когда стала замечать одышку, и тогда был установлен комбинированный митральный порок. В последующие годы лечилась амбулаторно и стационарно с кратковременным улучшением. В 1956 году диагностирован митральный стеноз, и больной Б. А. Королевым сделана операция митральной комиссуротомии. После операции митральной комиссуротомии она чувствовала себя хорошо. В связи с беременностью появилась одышка, сердцебиение.

При объективном обследовании: больная активна, небольшой цианоз губ. В легких—везикулярное дыхание. В области сердца—послеоперационный рубец. Границы сердца расширены влево на 1 см, за среднеключичную линию, вверх—до второго межреберья. Правая граница не увеличена и проходит на 0,5 см от правого края грудины. Выслушивается два тона, ритмичные, и два шума: систолический и диастолический, первый тон несколько громче второго, акцент второго тона на легочной артерии. Пульс—74 в 1 мин., артериальное давление—110/70, венозное—135 мм водяного столба, скорость кровотока с эфиром 10", с цититомом—18". Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого—отрицательный.

Кровь без особой патологии. Гемоглобин—12,6 г/о—75 ед., эритроциты—4 060 000, лейкоциты—8500, эндотелиальные пробы отрицательные. РОЭ—36 мм в 1 час. Удельный вес мочи высокий—до 1026, белок определялся до 0,33‰, в осадке лейкоциты—до 4—7 в поле зрения и свежие эритроциты—0—3 в поле зрения.

При рентгеноскопии легочные поля чистые, синусы свободны, границы сердца расширены в поперечнике за счет левого желудочка и левого предсердия, ретрокардиальное пространство сужено, пульсация вялая. На рентгенокимограмме определялось увеличение границ и зон обоих желудочков, с нарушением сократительной способности второй степени, выбухание легочной артерии, пульсация корней—вторая степень.

Электрокардиограмма дана на рис. 21, баллистокардиограмма—на рис. 22, векторкардиограмма—на рис. 23.

Диагноз: ревматизм: межприступный период, комбинированный митральный порок, состояние после митральной комиссуротомии, недостаточность кровообращения $1/1$ степени, беременность—31 неделя.

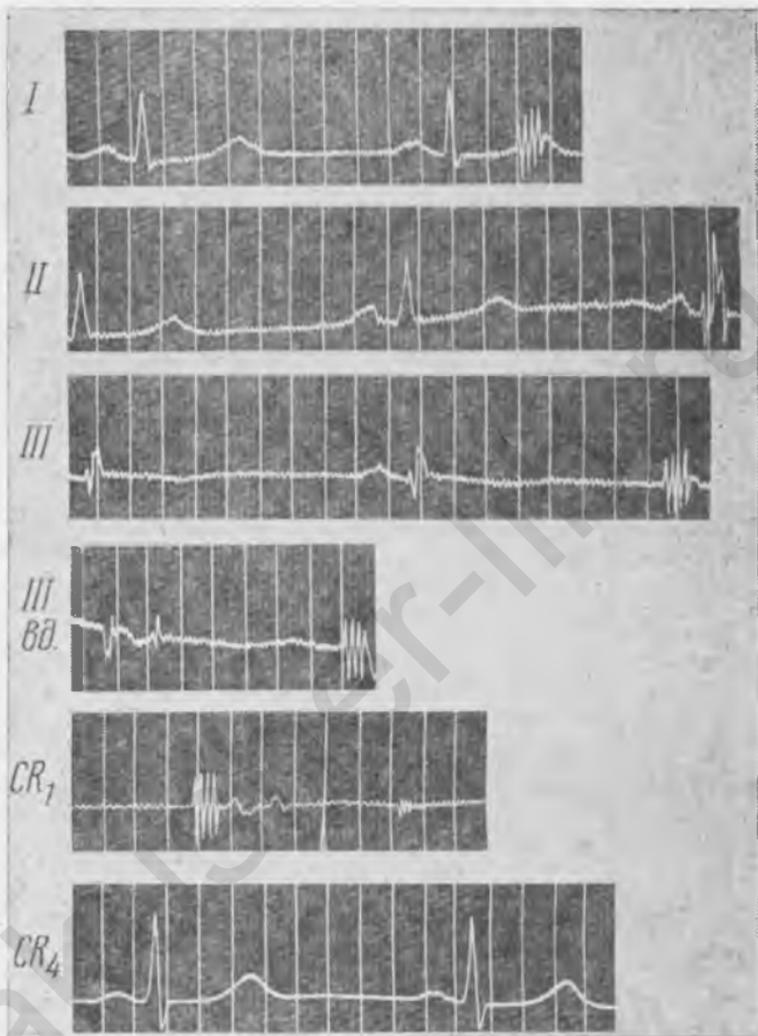


Рис. 21. Электрокардиограмма снята у больной Ю. в 31 неделю беременности. $PQ \approx 0,13''$, $QRS = 0,07''$, $QRST = 0,38''$ ($N 0,39''$). $RC = -0,98''$, $P = 62$ в $1'$. Систолический показатель — 39% ($N 40\%$). Направление оси влево (+6,5 мм). Ритм синусовый, правильный. P_1 — двугорбый, высокий. P_{II} — высокий, зазубрен, Q_1 — едва выражен, Q_{II} — выражен, на вдохе уменьшается, $R_I > R_{III}$ — зазубрен, R_{III} вершина утолщена, T_{II} — CR_1 — положительные, небольшие. T_{III} — изоэлектричен. Длительность систолы укорочена на $0,01''$.
 Заключение: изменения миокарда предсердий с вовлечением миокарда правого желудочка. Отклонение оси сердца влево.

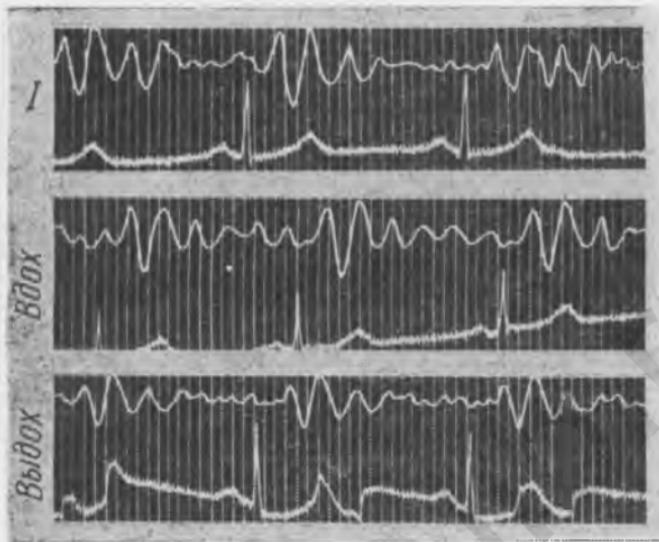


Рис. 22. Баллистокардиограмма снята в 31 неделю беременности у больной Ю. Имеются указания на первую степень изменений по Броуну. Обращает на себя внимание глубокая волна $K=6$ мм, более 80% волны j .

Больной назначили разгрузочные дни, дыхательную гимнастику, массаж нижних конечностей, кислород, горичвет с кофеином.

Состояние быстро улучшилось. Перед родами введена камфара, 0,06% коргликон — 0,5 мл с глюкозой, давался кислород.

Первый период родов продолжался 9 часов. Артериальное давление в этот период 115/70, венозное — 96 мм водяного столба, пульс — 72 удара в 1 мин. Второй период родов длился 45 мин. Артериальное давление — 118/80, венозное — 105 мм водяного столба, пульс — 82 удара в 1 мин. Третий период — 15 мин., артериальное давление — 110/75, венозное — 95 мм водяного столба, пульс — 68 в 1 мин. Кровопотеря — 180 г. Выписана без недостаточности кровообращения. Осмотрена через два месяца, недостаточности кровообращения нет. Ребенок вскармливается грудью матери. У данной больной после операции митральной комиссуротомии наблюдался хороший исход беременности и родов. Активного ревматического процесса не было, после проведенного лечения наступила стойкая компенсация сердечной деятельности.

Четвертая больная П., 23 лет, рабочая. Беременность и роды первые. Беременность — 32—34 недели. Поступила с жалобами на одышку при физической нагрузке, отеки на ногах к вечеру.



Рис. 23. Векторкардиограмма снята в 31 неделю беременности у больной Ю. Ход луча правильный, форма петли QRS бобовидная, в 3—4—5-й плоскостях сужена. В 1—3-й плоскостях имеются дополнительные петлеобразования. Петли QRS и T расположены в секторах правильно. Длина вектора QRS колеблется от 31 до 13 мм, ширина — от 3 до 6 мм. Длина вектора T — от 10 до 8 мм, ширина — от 2 до 3 мм $\angle \beta$ от 43 до 108°, $\angle \alpha$ от 93 до 108°, $\angle \alpha'$ — от 0 до 34°.

На основании изложенного мы видим, что и векторкардиограмма указывает на некоторые изменения миокарда желудочков.

Больная с восьмилетнего возраста, после перенесенного ревматизма. В 1952 и 1955 годах—повторные приступы ревматизма, после которых диагностирован митральный стеноз. В 1957 году Б. А. Королевым сделана операция—митральная комиссуротомия. После операции чувствовала себя лучше. В 1958 году наступила беременность. В первые месяцы чувствовала себя хорошо, а затем появилась одышка и сердцебиение. Большая активная, кожа чистая, небольшая пастозность на нижних конечностях. Увеличение щитовидной железы второй степени.

В легких патологии не определялось, что подтверждалось и рентгеноскопией. В области сердца послеоперационный рубец. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии, верхняя—на уровне верхнего края третьего ребра, правая—на 1 см от правого края грудины. Выслушивались два тона, ритмичные, несколько учащенные, усиленный первый тон, и два шума: систолический и диастолический, акцент второго тона на легочной артерии. Артериальное давление—100/65, венозное—68 мм водяного столба, скорость кровотока с цититонном—17 сек., с эфиром—12 сек. Пальпируется печень на 1,5 см,

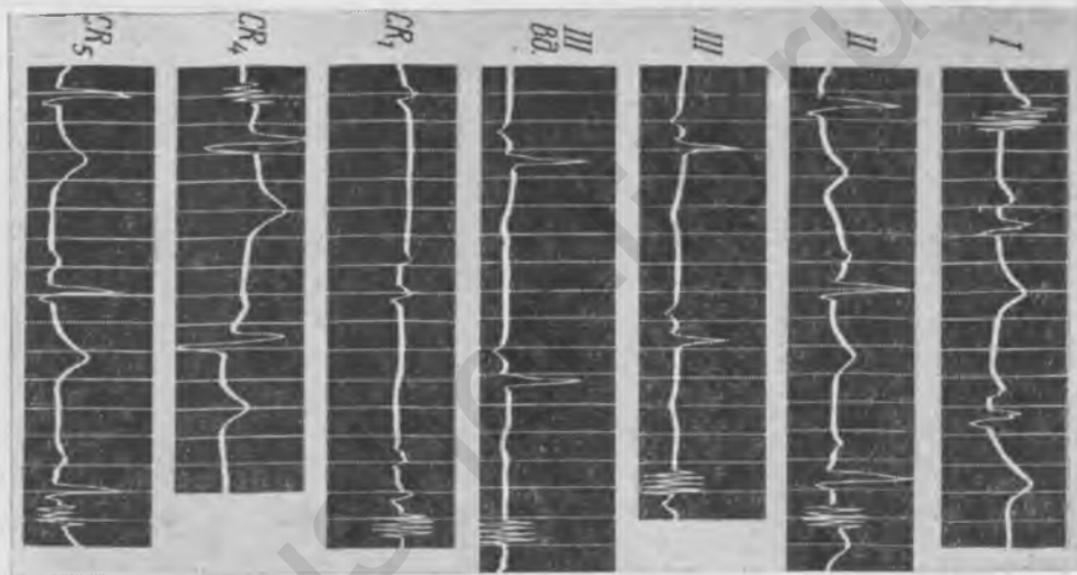


Рис. 24. Электрокардиограмма снята у больной П. в 28 недель беременности. $PQ=0,13''$, $QRS=0,07''$, $QRST=0,35''$ (N $0,31''$), $RC=0,66''$, $P=90^\circ$. Систолический показатель—53 % (N 48%). Направление, оси вправо (-6 мм). Ритм синусовый, правильный, P_I — высокий, P_{II} — зазубрен, P_{III} — отрицательный, PCR_{IV} — двуфазен (\pm). Q_{III} — выражен, на вдохе не меняется, $R_{III} > R_I$. R_I — CR_{IV} — зазубрен.

ST_{I-II} — выражен. ST_{III} — на вдохе не меняется.

Заключение: изменение миокарда желудочков с вовлечением предсердий, отклонение оси сердца вправо. Систолический показатель увеличен на 5%.

край мягкий, слегка болезненный. Селезенка не определяется. Матка увеличена соответственно 32—34 неделям беременности.

Рентгеноскопия: легочные поля чистые, синусы свободны, сердце митральной конфигурации, границы его увеличены за счет левого желудочка и предсердия. Пульсация средней глубины. Со стороны формулы крови патологии не наблюдалось. РОЭ ускоренная до 40 мм в 1 час. Баночная проба Вальдмана отрицательная.

Электрокардиограмма приведена на рис. 24, баллистокардиограмма — на рис. 25.

Клинический диагноз: ревматизм, межприступный период, комбинированный митральный порок, состояние после комиссуротомии, недостаточность кровообращения первой степени, струма—второй степени. Беременность 32—34 недели. Больной назначен полупостельный режим, стол № 10, хлористый аммоний по 0,5 г—три раза в день и дигиталис по 0,1 г—три раза в день; дыхательная гимнастика, массаж нижних конечностей.

Проводимая терапия дала улучшение, недостаточность кровообращения была быстро ликвидирована. Решено допустить к самопроизвольным родам, так как после операции комиссуротомии преобладания стеноза не определялось и дополнительные методы исследования указывали на удовлетворительную функцию миокарда.

Перед родами сделана инъекция 20% камфары 3 мл, кордиами-на 1 мл с 2% промедолом—1 мл, 0,06% коргликон $\frac{3}{4}$ мл в 20 мл 40% глюкозы. Первый период родов продолжался 8 час. 30 мин. Артериальное давление — 120/70 мм, пульс — 72 удара в 1 мин., венозное давление—110 мм водяного столба.

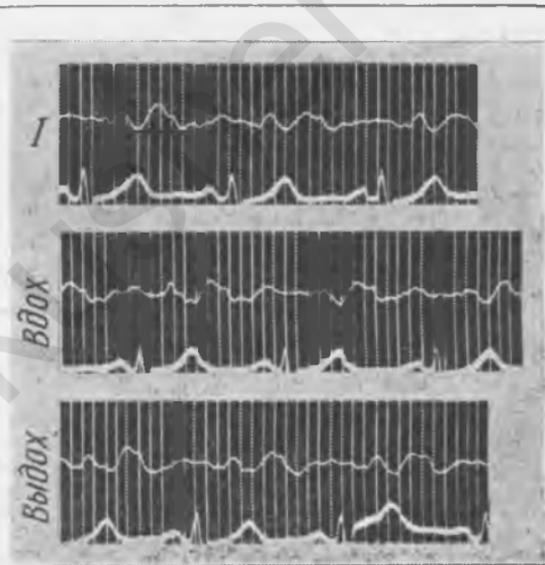


Рис. 25. Баллистокардиограмма снята у больной П. в 28 недель беременности. Первая степень изменения по Броуну.

Схватки были частыми, роженица вела себя очень спокойно. Второй период родов длился 20 мин. Артериальное давление — 125/80, венозное—115 мм водяного столба. Отмечалось замедление пульса до 54 ударов в 1 мин. В момент потуги венозное давление повышалось до 130 мм водяного столба. Потуги были сильными и почти в три потуги родилась девочка, весом 3500 г, длиной 50 см. Послед отделился самостоятельно через 10 мин. Артериальное давление—110/65, венозное — 90 мм водяного столба, пульс—54 удара в 1 мин.

На область живота положен мешочек с песком в 1 кг. Кровопотеря— 150,0. Матка хорошо сокращалась. Состояние после родов вполне удовлетворительное. Температура нормальная. Продолжен прием горицвета, режим расширялся через комплекс лечебной гимнастики. Выписана на 25-й день после родов без недостаточности кровообращения.

Данный пример также подтверждает хороший исход родов после операции митральной комиссуротомии, при удовлетворительной функции миокарда и при правильном ведении беременности.

На основании проведенных наблюдений над 4 беременными женщинами с комбинированным митральным пороком сердца после операций митральной комиссуротомии можно сделать вывод:

1. Беременность у больных с комбинированным митральным пороком сердца после митральной комиссуротомии возможна, если после операции не определяется вновь митральный стеноз.

2. Лучший исход беременности и родов наблюдается у больных с достаточной функцией миокарда, которая подтверждается клиническим наблюдением и дополнительными методами исследования (электрокардиограммой, векторкардиограммой, баллистокардиограммой).

3. Данные больные должны находиться под наблюдением терапевта и акушера-гинеколога на протяжении всей беременности, родов и послеродового периода.

4. Необходимо иметь в виду возможные осложнения во время беременности, как, например, пиелит, и в послеродовом периоде—пневмонию, поэтому целесообразно профилактически, перед родами, вводить антибиотики (пенициллин, стрептомицин).

5. Если недостаточность кровообращения начинается с первых месяцев беременности и не поддается лечению, беременность лучше прервать, так как в этом случае в связи с беременностью наступает ухудшение состояния здоровья беременной женщины.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И БЕРЕМЕННОСТЬ

У беременных женщин с заболеваниями сердца нередко встречается недостаточность митрального клапана.

По нашим наблюдениям, проведенным с 1946 по 1950 год, недостаточность митрального клапана наблюдается в 38,33% случаев. За последние восемь лет (с 1950 по 1958 год) этот процент увеличился до 40,4% к общему числу беременных женщин с заболеваниями сердца, прошедших через родильный дом № 1 г. Горького.

Часто недостаточность митрального клапана впервые выявляется в женской консультации, при осмотре женщины врачом терапевтом в начале беременности.

Во второй половине беременности диагностика недостаточности митрального клапана бывает затруднена, так как и у здоровых женщин во второй половине может выслушиваться систолический и даже диастолический шум, акцент второго тона на легочной артерии. Отсюда понятно, какое большое значение имеет осмотр женщины врачом терапевтом в начале беременности.

Течение беременности при недостаточности митрального клапана изучалось Г. Ф. Лангом, В. Ф. Зелениным, Н. И. Яковлевым, А. П. Николаевым, К. К. Скробанским, Г. Г. Гентером, Г. М. Салганником, Н. Д. Стражеско и др.

Единого мнения по вопросу о течении беременности при недостаточности митрального клапана нет. Так, одни авторы считают, что при недостаточности митрального клапана, при полной его компенсации, беременность протекает благоприятно и ее прерывать не следует.

По данным И. Ф. Жордания, из различных форм заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее благоприятной при беременности является стойкая компенсированная недостаточность митрального клапана. При этой патологии редко наступает нарушение сердечно-сосудистой компенсации как во время родов, так и после, если роды не осложняются каким-либо другим заболеванием или акушерской патологией.

Мы наблюдали 260 беременных женщин с недостаточностью митрального клапана. Возраст этих больных:

от 20 до 24 — 65; от 30 до 35 — 76;
от 25 до 30 — 67; более 35 — 52,

Таким образом, у 132 из 260 или почти у половины больных был цветущий молодой возраст. Первородящих из них было 103 и повторнородящих—157. У 128 больных в анамнезе установлен ревматизм, у остальных 132—частые ангины, грипп, катар верхних дыхательных путей.

Из 260 у 70, или почти у 30%, недостаточность митрального клапана диагностирована впервые в женской консультации, при осмотре врачом терапевтом. Это были, в большинстве своем, молодые женщины в возрасте до 25 лет, первородящие, которые никаких жалоб не предъявляли. Остальные 190 из 260 больных жаловались на одышку при быстрой ходьбе, на сердцебиение, на отеки на нижних конечностях.

При объективном обследовании установлены отеки на нижних конечностях (у 26 больных), застойные явления в легких (27 больных), увеличение границ сердца влево до 1,5 см (26 больных).

При аускультации у всех 260 больных ритм сердечных сокращений был правильным, выслушивалось два тона, систолический шум на верхушке, акцент второго тона на легочной артерии. Пульс у 123 больных был 60—65 в 1 мин., у 111—65—75 в 1 мин., у 26—75—100 ударов в 1 мин. Артериальное давление колебалось в пределах: максимальное—от 100 до 135 мм и минимальное—от 65 до 85 мм. У 6 больных артериальное давление было повышено до 180/120 мм в связи с наличием гипертонической болезни. Венозное давление у 26 больных было повышено от 130 до 140 мм водяного столба. При рентгеноскопии у 7 больных определялся усиленный бронхо-сосудистый рисунок, у 26—увеличенные границы сердца за счет левого желудочка и отчасти левого предсердия. Печень выступала из-под реберного края на 1,5 см у 19 и до 2,5 см—у 7 больных.

На электрокардиограмме в первые месяцы беременности у 26 больных установлено, что интервал PQ находится в пределах от 0,13 до 0,16". Зарегистрированы изменения зубца P, которые выражались в его уширении и расщеплении, уширение комплекса QRS, снижение зубца Tm.

На векторкардиограммах, снятых у этих же больных, установлены изменения петли QRS у 7 больных. Эти изменения указывали на заостренность петли QRS во второй и третьей плоскостях на дополнительные петлеобра-

зования и на увеличение угла (α) до 50—60°, во второй и третьей плоскостях.

По данным электрокардиограмм и векторкардиограмм, можно говорить об изменениях миокарда желудочков у 7 больных. У этих же больных баллистокардиограммы указывали на вторую степень отклонения от нормы по Броуну.

Таким образом, обследование беременных с недостаточностью митрального клапана показало, что у 123 больных недостаточности кровообращения не установлено, а у 137 больных она была различной степени. Так, у 44— $\frac{1}{1}$, у 67— $\frac{1}{1}$, у 19— $\frac{1}{2}$ у 7— $\frac{2}{2}$ степени. У 7 больных, у которых была вторая степень недостаточности кровообращения, дополнительными методами исследования установлены изменения миокарда желудочков и предсердий.

Влияния возраста на степень недостаточности кровообращения мы не установили. Так, из 140 больных с недостаточностью митрального клапана, без недостаточности кровообращения, почти половина (у 68 из 140) имели возраст до 30 лет. У 120 беременных с недостаточностью кровообращения возраст до 30 лет был у 64.

По нашим наблюдениям, недостаточность кровообращения чаще встречается у повторнородящих.

Так, у 68 из 103 первородящих недостаточности кровообращения перед родами не было, а у 73 из 157 повторнородящих она наблюдалась.

Это нужно иметь в виду при ведении беременности у данных больных.

У шести беременных с недостаточностью митрального клапана наблюдался рецидивирующий ревматический эндокардит, диагностика которого представляет большие трудности. Слабость, сердцебиение, ускоренная РОЭ, субфебрильная температура нередко позволяют ставить ошибочный диагноз: грипп или острый катар верхних дыхательных путей.

Нужно очень внимательно относиться ко всем жалобам беременной, хотя эти жалобы на первый взгляд могут казаться и незначительными. Нередко, в связи с активной фазой ревматизма, увеличиваются симптомы недостаточности кровообращения, которых ранее не наблюдалось. В активной фазе ревматизма, наряду с эндокардитом, наблюдается миокардит, поэтому нужно при аускультации обращать внимание не только на характер

шума, но и на характер тонов, которые при миокардите нередко бывают приглушенными. Дополнительные методы исследования помогают правильной диагностике.

Наши 6 больных с недостаточностью митрального клапана и с рецидивирующим ревматическим эндокардитом имели возраст до 30 лет и были первородящими. Эндокардит диагностирован во второй половине беременности. Больные в течение трех месяцев лечились в терапевтическом стационаре. У трех больных проводимое лечение дало эффект, и беременность у них закончилась самопроизвольными родами. У двух больных перед родами наблюдалась недостаточность кровообращения первой степени, поэтому период изгнания был исключен наложением выходных шипцов.

У одной больной с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени в 31 неделю беременности наступили преждевременные роды, плод был мертвым, мацерированным. В дальнейшем больная длительно лечилась в терапевтическом отделении и была выписана с формирующимся комбинированным митральным пороком сердца.

Следует особо обращать внимание на наличие очагов инфекции, в частности на состояние миндалин, зубов. Поэтому у 80 беременных с недостаточностью митрального клапана произведена санация полости рта. У 13-ти проведено лечение хронического тонзиллита.

Профилактика очагов инфекции является профилактикой рецидива ревматизма.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

У беременных женщин с недостаточностью митрального клапана нередко наблюдаются сопутствующие заболевания других внутренних органов.

Пневмосклероз был диагностирован у 7 беременных. Это были больные в возрасте от 35 до 37 лет, повторнородящие, в анамнезе имелись указания на перенесенную ранее пневмонию, грипп, бронхит. Очевидно, пневмосклероз у этих больных был инфекционной этиологии.

Известно, что при пневмосклерозе наблюдается дыхательная гипоксия, повышение давления в легочной

артерии, что неблагоприятно действует на течение беременности, тем более у больных с недостаточностью митрального клапана.

Недостаточность кровообращения появилась у этих женщин уже с первых месяцев беременности и нарастала с увеличением срока беременности. Одышка стала постоянной, определялись отеки на нижних конечностях, застойные явления в легких, увеличение печени, повышение венозного давления до 150 мм водяного столба.

Несмотря на длительное стационарное лечение во время беременности и перед родами, у трех больных недостаточность кровообращения и перед родами была второй степени. У одной больной наступили преждевременные роды, у двух рожениц период изгнания был выключен наложением щипцов. Четыре женщины были допущены к самопроизвольным родам. Все это указывает на то, что пневмосклероз с легочно-сердечной недостаточностью ухудшает течение беременности у женщин с недостаточностью митрального клапана.

У 6 беременных с недостаточностью митрального клапана имелась *гипертоническая болезнь* второй стадии, медленно прогрессирующего течения с сердечной симптоматикой. У 3 больных из 6 была недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Гипертоническая болезнь у данных больных диагностирована до беременности. По поводу гипертонической болезни они лечились амбулаторно и стационарно.

От прерывания беременности эти женщины категорически отказались. Больные жаловались на головную боль, которая часто носила характер мигрени и локализовалась в затылочной области и беспокоила их больше по утрам, на неприятные ощущения в области сердца. При обследовании, кроме симптомов, характерных для недостаточности митрального клапана, определялся акцент второго тона на аорте и повышение артериального давления до 160/100—180/110. Нарушения коронарного кровообращения на электрокардиограммах не было установлено.

Гипертоническую болезнь, особенно во второй половине беременности, следует дифференцировать с нефропатией беременных, поэтому необходимо исследовать мочу, глазное дно. Если после обследования диагноз

гипертонической болезни второй стадии подтверждался, мы настаивали на прерывании беременности.

У одной больной из шести произведена операция кесарева сечения. Операция проведена под местной анестезией, на 32-й неделе беременности, в связи с нарастанием недостаточности кровообращения и повышением артериального давления до 200/120. Ребенок, весом 2200 г, извлечен живым.

Остальные больные на прерывание беременности согласия не дали и в течение 2—2,5 месяца лечились в палате беременных. Наряду с полупостельным режимом, молочно-растительной диетой больные получали ингаляции с 25% магнезией по 20 мл через 8 часов и резерпин по 0,12 мг—два раза в день. После проведенного лечения у трех больных наступило улучшение, снизилось артериальное давление с 170/100 до 150/90, и беременность у этих больных закончилась самопроизвольными родами. У двух больных, несмотря на проведенное лечение, артериальное давление осталось в пределах 175/110, определялась недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ степени, поэтому потужной период выключен наложением выходных щипцов.

У всех больных кровопотеря не превышала 250 мл. Осложнений в послеродовом периоде не было. Вес младенцев колебался в пределах 2800—3101 г, рост детей был равен 48—50 см.

У трех беременных с недостаточностью митрального клапана была *печеночная форма лямблиоза*, которая может долго протекать латентно, проявляясь лишь некоторыми субъективными симптомами или субфебрильной температурой. Клиническая картина в течении лямблиоза многообразна. При беременности мы наблюдали печеночную форму лямблиоза с клинической картиной холецистита, симптомы которого появлялись с 3-го и 4-го месяцев беременности. В диагностике заболевания помогает своевременно сделанное дуоденальное зондирование. Наши больные получали акрихин по 0,1—три раза в день в течение трех дней. Клиника острого холецистита быстро исчезла. В последующие пять дней назначался синтомицин по 0,5—три раза в день. Одновременно больные получали желчегонные в виде шиповника, бессмертника, магнезии.

В результате у всех трех больных рецидива лямблиоз-

ного холецистита не было. Беременность закончилась самопроизвольными родами. Увеличения степени недостаточности кровообращения не наблюдалось. После родов данные больные находились под диспансерным наблюдением.

У четырех больных с недостаточностью митрального клапана был пиелит. Больные обращались с жалобами на периодические повышения температуры, ознобы, общую слабость. В начале диагностика затруднена, так как в первые дни болезни жалоб, характерных для пиелита, и изменений в моче нет. В этих случаях всегда нужно исключить рецидивирующий ревматический эндокардит, сделать баночную пробу Вальдмана, снять электрокардиограмму. На второй-третий день заболевания при пиелите появились характерные симптомы: боли в области поясницы, расстройство мочеиспускания, лейкоцитоз до 10 000—12 000, ускоренная РОЭ и в моче определялось большое количество лейкоцитов.

Лечение наших четырех больных проводилось в палате беременных. Они получали обильное питье в виде настоя чая с молоком и фруктовые соки до 1,5 л в сутки. Большое количество жидкости не следует назначать, так как повышается нагрузка на сердечно-сосудистую систему.

Обычно назначались антибиотики: пенициллин по 300 тыс. ед. через 8 час. и стрептомицин по 250 тыс. ед.—два раза в день.

Температура у больных уже на третий-четвертый день снизилась, одновременно исчезли другие симптомы пиелита. Беременность у данных больных была продолжена. Недостаточность кровообращения во время разгара заболевания увеличилась с $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ степени, но затем состояние быстро улучшилось, и недостаточность кровообращения уменьшилась.

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Самопроизвольные роды у женщин с недостаточностью митрального клапана были у 244 из 260-ти. Мы не могли отметить существенной разницы в длительности родов у здоровых и рожениц с недостаточностью

митрального клапана. Почти у всех первородящих здоровых рожениц и у рожениц с недостаточностью митрального клапана роды продолжались до 20 час., а у повторнородящих как у здоровых, так и с недостаточностью митрального клапана они длились до 18 час., за исключением 13 рожениц с недостаточностью митрального клапана, у которых они длились более 18 час.

У 198 рожениц из 244 с недостаточностью митрального клапана роды проходили при психопрофилактической подготовке. У 112 рожениц эффективность психопрофилактического метода была оценена отметкой «5», у 74 — «4», у 12 — «3».

Особенно ярко этот метод оправдал себя на примере больной К.

Больная К., 31 года, беременность и роды вторые. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, ревматизм. Женскую консультацию посещала с первых месяцев беременности, была обследована врачом терапевтом. Установлен диагноз: недостаточ-

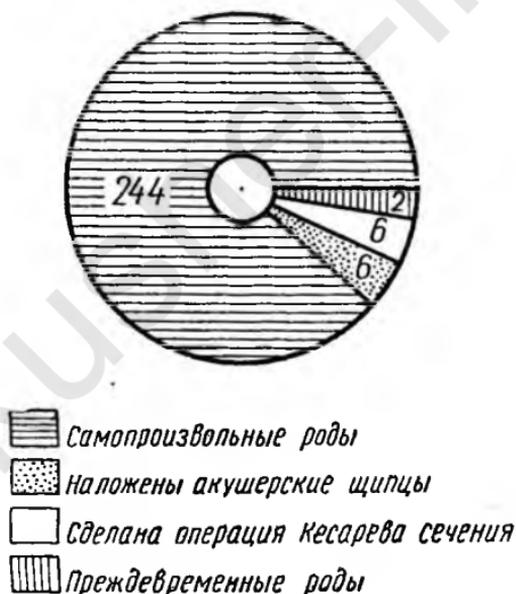


Рис. 26. Исход беременности и родов у женщин с недостаточностью митрального клапана:

самопроизвольные роды — у 244 больных,
 акушерские щипцы — у 6 больных,
 кесарево сечение — у 6 больных,
 преждевременные роды — у 2 больных.

ность митрального клапана без недостаточности кровообращения. Соблюдала рекомендованный режим, но с пятого месяца беременности появилась одышка, сердцебиение и периодические отеки на нижних конечностях. После соответствующей терапии в палате беременных состояние улучшилось, и больная на 23-й день выписана без недостаточности кровообращения. В консультации прошла четыре занятия по психопрофилактике. За 10 дней до родов поступила в палату беременных. Больная правильного телосложения, отеков нет. В легких перкуторно-ясный звук, везикулярное дыхание. Верхушечный толчок в пятом межреберье за среднеключичную линию на 0,5 см. Верхняя граница — верхний край третьего ребра, правая — на 1 см за правый край грудины. Выслушиваются два тона, ритмичные, несколько приглушенные, систолический шум на верхушке, акцент второго тона на легочной артерии. Пульс — 80 ударов в 1 мин., ритмичный. Артериальное давление — 106/60 мм, венозное — 107 мм водяного столба, печень пальпируется на 1 см из-под реберного края, мягкая, слегка болезненная. Диагноз: ревматизм, межприступный период, недостаточность митрального клапана с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{1}$. Больная допущена к самопроизвольным родам. Роды продолжались 7 час. 25 мин. Первый период родов длился 6 час. 50 мин. Артериальное давление в этот период — 106/60 мм, венозное — 107 мм водяного столба. Электрокардиограмма приведена на рис. 27а.

Второй период родов продолжался 25 мин. Артериальное давление в этот период — 105/60 мм, венозное давление — 107 мм водяного столба, пульс — 84 удара в 1 мин. Родился младенец, весом 3600 г, и через 10 мин. отделился послед. Кровопотеря — 150 г. После родов артериальное давление — 110/60 мм, венозное — 87 мм водяного столба, пульс — 87 в 1 мин. Электрокардиограмма дана на рис. 27б.

На основании поведения роженицы и наблюдения за ней метод психопрофилактики оценен отметкой «5». Послеродовой период протекал нормально. Выписана на 18-й день после родов, без недостаточности кровообращения.

Данный пример показывает, что при психопрофилактическом методе обезболивания у роженицы с недостаточностью митрального клапана, при недостаточности кровообращения $\frac{1}{1}$ степени, гемодинамических изменений во время родов и после них не наблюдается.

У 6 из 260 рожениц с недостаточностью митрального клапана период изгнания был выключен наложением выходных щипцов. Это были больные с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{2}$ степени, у которых наблюдались заболевания других внутренних органов, а именно: пневмосклероз (у 2 больных), гипертоническая болезнь второй стадии медленно прогрессирующего течения с сердечной симптоматикой (у 2 больных), рецидивирующий ревматический эндокардит (у 2 больных).

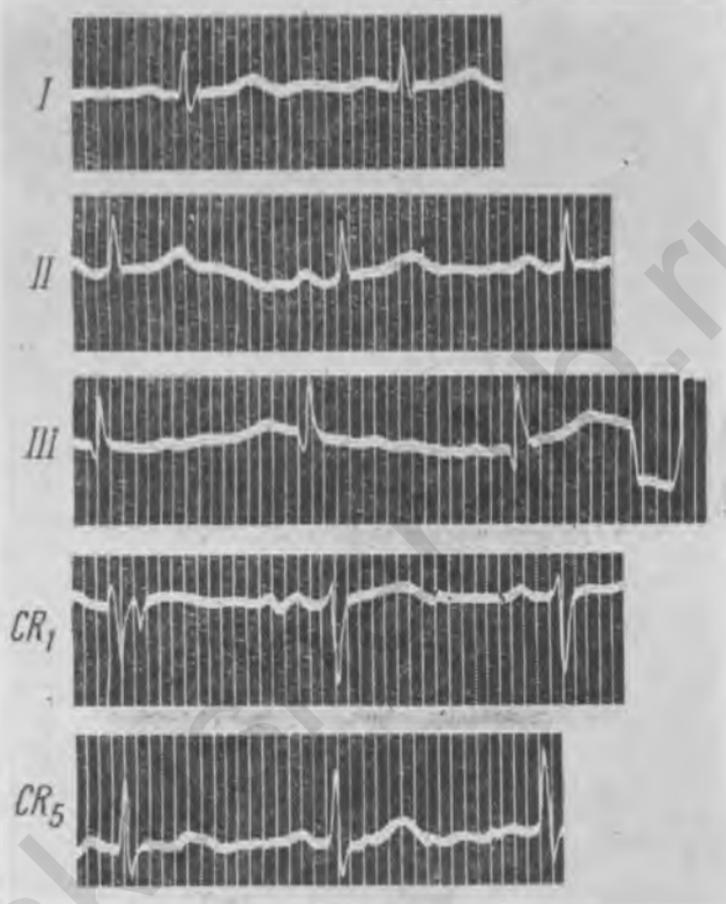


Рис. 27а. Электрокардиограмма больной К. во время второго периода родов. $PQ = 0,17''$, $QRS = 0,05''$, $QRST = 0,36''$ ($N 0,38''$), $RC = 0,90''$, $P = 36$ в 1'. Ритм синусовый, правильный. P_1 — несколько снижен, $P_1 = P_{III}$. T_{III} — снижен. Систолический показатель меньше нормы на 2%. Нормограмма $\bar{\gamma}(-2$ мм).

Заключение: электрокардиограмма без изменений.

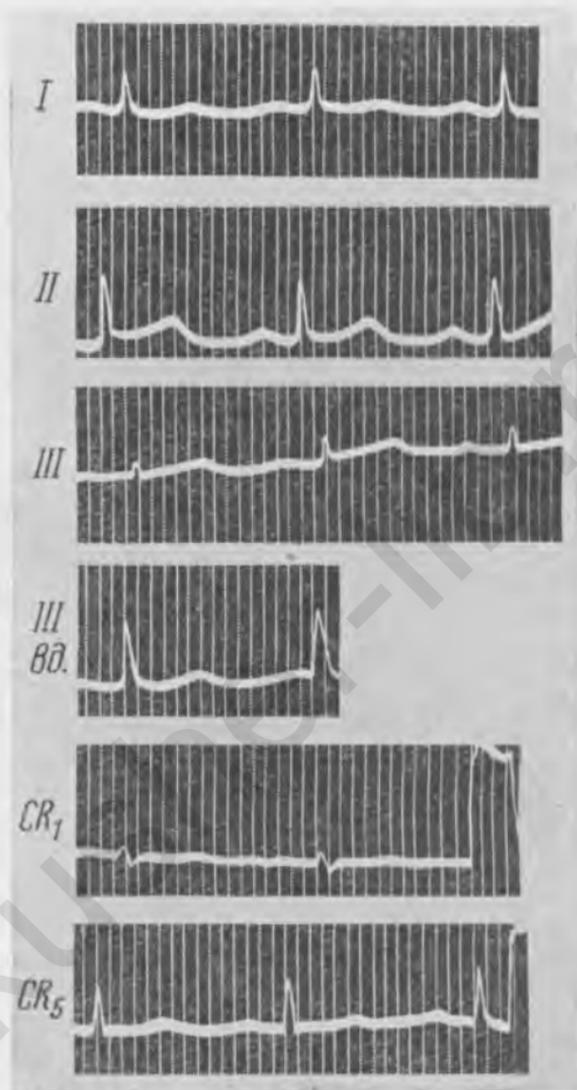


Рис. 276. Электрокардиограмма больной К. снята после родов на третий день. $PQ = 0,15''$, $QRS = 0,05''$, $QRST = 0,36''$ ($N 0,35''$), $RC = 0,74''$, $P = 78$ в $1'$. Ритм синусовый, правильный. P_{III} — несколько снижен, Q — выражен, T_{III} — положительный. Систолический показатель больше нормы на 1% . Нормограмма (+ 2 мм).
 Заключение: электрокардиограмма без изменений.

При недостаточности митрального клапана, если нет другой патологии, мы не видели необходимости родоразрешения операцией кесарева сечения, у 6 беременных с недостаточностью митрального клапана, которым сделано кесарево сечение, у одной больной была гипертоническая болезнь второй стадии, а у 5-ти — акушерская патология (узкий таз, ягодичное предлежание).

Преждевременные роды у женщин с недостаточностью митрального клапана встречаются не чаще, чем у здоровых женщин.

Так, из 260 беременных женщин с недостаточностью митрального клапана преждевременные роды были только у 2 больных: одна больная во время беременности перенесла рецидивирующий ревматический эндокардит, а у второй, помимо недостаточности митрального клапана, был пневмосклероз. У обеих больных наблюдалась недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ степени, которая, возможно, играла некоторую роль среди других причин в наступлении преждевременных родов у этих больных.

В послеродовом периоде у рожениц с недостаточностью митрального клапана наблюдались следующие осложнения.

Атоническое кровотечение (у 9 из 244), кровопотеря была в пределах от 400 до 900 мл.

И. Ф. Жордания указывает, что в первые 4 часа после отделения последа кровопотеря из половых органов зависит от задержавшихся в матке остатков последа, от плохого сокращения матки и от травматических повреждений родового канала.

Всем нашим больным произведено ручное обследование полости матки. У одной больной установлен разрыв шейки матки, у 8 больных — задержка остатков последа. После наложения швов и удаления остатков последа сделано капельным методом переливание одногруппной крови в количестве 200 мл. У рожениц с недостаточностью митрального клапана осложнений после переливания крови мы не наблюдали.

У 2 рожениц с недостаточностью митрального клапана была *пневмония*.

После соответствующего лечения на четвертый день температура снизилась до нормы, и пневмония быстро рассосалась. После родов лечение больных с недостаточностью митрального клапана продолжалось до макси-

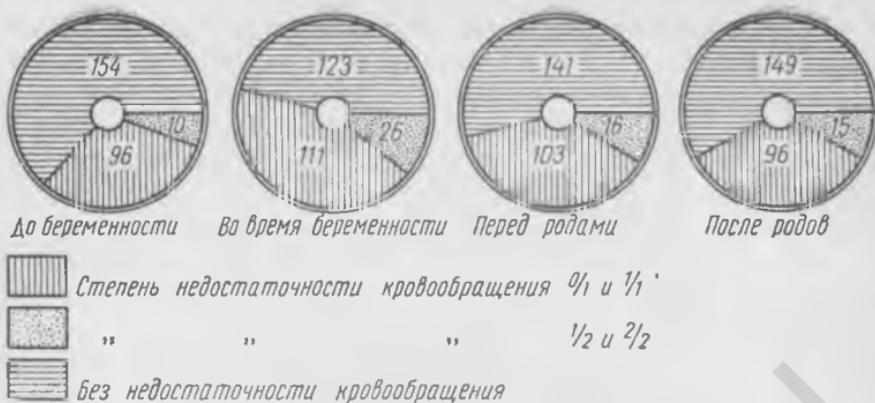


Рис. 28. Степень недостаточности кровообращения во время беременности, родов и после них у женщин с недостаточностью митрального клапана.

мального улучшения. Выписывались они не ранее 18—20-го дня после родов. Степень недостаточности кровообращения у 14 больных после родов уменьшилась (рис. 28).

Таким образом, можно сделать вывод, что ухудшения состояния здоровья у женщин с недостаточностью митрального клапана в связи с беременностью и родами не наблюдается.

СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Новорожденные у рожениц с недостаточностью митрального клапана имеют рост и вес такой же, как и младенцы, рожденные здоровыми женщинами. Рост колеблется в пределах 45—50 см, вес—от 250 г и более. У одной роженицы ребенок родился в тяжелой асфиксии, и оживить его не удалось. Это была больная, которая во время беременности перенесла рецидивирующий ревматический эндокардит. У трех рожениц с недостаточностью митрального клапана из 260-ти новорожденные умерли. У двух из них роды были преждевременными, на 31-й неделе, и вес плода не превышал 1950 г. Один новорожденный, весом 3700 г, умер от воспаления легких.

Все это говорит о том, что прямой связи между смертью новорожденных и сердечной патологией нет.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Мы проследили отдельные результаты родов у 122 женщин с недостаточностью митрального клапана, в возрасте от 25 до 45 лет. Обследование проводилось через женские консультации и путем активного патронажа. Обследование через патронаж нам кажется более эффективным, так как оно позволяет ближе познакомиться с бытом, окружающей средой, характером работы больной и правильно решить вопрос о влиянии беременности и родов на состояние здоровья женщины.

На каждую обследованную женщину составляются единые карты осмотра, в которые заносятся данные: о течении беременности, родов, уточненный диагноз заболевания перед и после родов, состояние здоровья, трудоспособность и уточненный диагноз в последующее время после родов.

После родов, через 3—8 лет, 118 женщин с недостаточностью митрального клапана чувствуют себя не хуже, чем до беременности и родов. Степень недостаточности кровообращения увеличилась только у 4 больных, которые после родов перенесли повторные приступы ревматизма.

У 57 обследованных женщин имелись повторные беременности и роды, и, несмотря на это, увеличения недостаточности кровообращения у них не определялось.

Все это указывает на то, что беременность при недостаточности митрального клапана не ухудшает состояние здоровья женщины.

ВЫВОДЫ

1. Наблюдение за беременными женщинами с недостаточностью митрального клапана и изучение отдаленных результатов родов показывает, что беременность и роды не ухудшают состояния здоровья женщин, если недостаточности кровообращения нет или она не более чем $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ степени.

2. Показанием для прерывания беременности при недостаточности митрального клапана является наличие у этих больных рецидивирующего ревматического эндо-

кардита, пневмосклероза, гипертонической болезни второй стадии.

3. Лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в течение всей беременности, во время родов и после них, обеспечивают благоприятный исход родов у женщин с недостаточностью митрального клапана.

4. Беременных с недостаточностью митрального клапана без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $1/1$ степени можно допускать к самопроизвольным родам при психопрофилактической подготовке. При недостаточности кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени рекомендуется выключать потужной период наложением акушерских щипцов.

5. Младенцы, рожденные женщинами с недостаточностью митрального клапана, по своему весу и росту не отличаются от младенцев здоровых рожениц.

6. Неблагоприятного влияния от вскармливания новорожденных детей грудью—у рожениц с недостаточностью митрального клапана — мы не наблюдали.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЫШЦЫ СЕРДЦА

Мы наблюдали 206 беременных женщин с заболеваниями мышцы сердца, 145 из них было с постинфекционной миокардиодистрофией, 13—с пневмосклерозом, с легочно-сердечной недостаточностью, 29 — с кардиосклерозом и 19 — с миокардитом.

Изучением вопроса о течении беременности при заболеваниях мышцы сердца занимались очень немногие. Так, В. Ф. Зеленин высказывает мнение, что при миокардитах, даже средней тяжести, беременной угрожает серьезная опасность. Он указывает, что при миокардиодистрофии прогноз беременности и родов определяется, главным образом, основной болезнью, которая была причиной дистрофии миокарда. Расстройство кровообращения даже первой степени служит противопоказанием к беременности. У женщин с ожирением, по мнению В. Ф. Зеленина, возможно разрешать беременность, но лишь после укрепления сердечно-сосудистой системы лечебной гимнастикой, легкими видами спорта и проведением настойчивого диетического лечения.

Г. Г. Гентер пишет, что видел внезапную смерть у пожилой повторнородящей, страдающей миокардитом.

Г. М. Салганник из заболеваний сердечной мышцы у беременных чаще наблюдал миокардит.

Большинство беременных женщин с заболеванием мышцы сердца имели возраст свыше 30 лет. Так, из 206 больных возраст до 30 лет был только у 56, а 150 больных были старше 30 лет, причем большинство составляли женщины в возрасте от 35 лет и более.

Мы пришли к убеждению, что недостаточность кровообращения во время беременности у женщин с заболеваниями мышцы сердца чаще наблюдается у пожилых. Так, из 183 больных, у которых была недостаточность кровообращения во время беременности, лишь 13 имели возраст до 25 лет, а 107 — свыше 35 лет. Недостаточность кровообращения чаще встречалась у повторнородящих. Так, из 123 повторнородящих, которые имели три и более беременности, только у 13-ти не было недостаточности кровообращения и из 44 первородящих только у 9-ти. Поэтому при решении вопроса о продолжении беременности при заболеваниях мышцы сердца необходимо учитывать не только характер его поражения, но и возраст женщины, течение предшествующих беременностей и родов.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИИ

При постинфекционной миокардиодистрофии изменения в сердечной мышце были в результате перенесенных инфекционных заболеваний, в частности кори, скарлатины, гриппа, ангины, малярии и др. Некоторые больные перенесли по две-три инфекции. До беременности большинство из них чувствовали себя удовлетворительно. У 48 больных недостаточности кровообращения не было, у 56 — она была $\frac{1}{4}$ степени, у 41 — $\frac{1}{2}$ степени.

Первородящих было 44 и 101 — повторнородящая.

С четвертого-пятого месяца беременности у 97 больных появились жалобы на одышку, сердцебиение при быстрой ходьбе, а при объективном обследовании можно было отметить жесткое дыхание в легких — у 41, небольшое увеличение границ сердца влево — у 97, глухие тоны

сердца — у 97, учащение пульса в пределах от 75 до 80 — у 41, повышение венозного давления до 145 мм водяного столба — у 41, увеличение печени на 1—1,5 мм — у 41 больной. Все это указывало на недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ и $\frac{1}{4}$ степени у 97 больных из 145.

Стоило уложить этих больных в постель, провести разгрузочный день: творожно-фруктовый, назначить горичвет с кофеином, и состояние их в течение 10—15 дней улучшалось.

ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ

В результате проведенных лечебно-профилактических мероприятий в течение беременности и перед родами у всех 145 больных с постинфекционной миокардиодистрофией беременность закончилась самопроизвольными родами. Как у больных, так и у здоровых первородящих роды продолжались от 6 до 18 час., а у повторнородящих — от 6 до 12 час. У 122 рожениц роды проходили при психопрофилактической подготовке. У 90 рожениц поведение оценено на «5», у 20 — на «4», у 12 — на «3». Кровопотеря была в пределах от 150 до 370 г. Только у 3 больных в раннем послеродовом периоде наблюдалось атоническое кровотечение (от 600 до 1100 г). Этим больным сделано ручное обследование полости матки. У одной больной обнаружена трещина шейки матки, у двух — задержка остатков последа. После местного лечения сделано переливание крови капельным методом. Ухудшения состояния здоровья у этих больных в связи с переливанием крови не отмечено.

У 4 больных был разрыв промежности первой степени, поэтому им сразу же назначался пенициллин. Других осложнений в послеродовом периоде у данных родильниц не было. Новорожденные у больных с постинфекционной миокардиодистрофией имели нормальные показатели веса и роста.

Через 3—8 лет после родов изучено состояние здоровья у 102 женщин с постинфекционной миокардиодистрофией. Ухудшения состояния здоровья после беременности и родов у этих больных не установлено. У 41 женщины были повторные роды с хорошим исходом.

В итоге можно сказать, что у больных с постинфекционной миокардиодистрофией без недостаточности кровообращения или с недостаточностью $\frac{1}{4}$ и $\frac{1}{2}$ степени после беременности и родов состояние здоровья не ухудшалось.

БЕРЕМЕННОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОСКЛЕРОЗОМ, С ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

У 13 больных с пневмосклерозом, с легочно-сердечной недостаточностью уже с третьего-четвертого месяца беременности появилась одышка, сердцебиение, кашель с мокротой, отеки на нижних конечностях.

Эти больные до беременности неоднократно лечились по поводу воспаления легких, хронического бронхита, эмфиземы легких, легочно-сердечной недостаточности. Уже в первые месяцы беременности установлено, что границы легких опущены, подвижность их ограничена, выслушивалось ослабленное дыхание, сухие и влажные хрипы. Границы сердца увеличены, преимущественно вправо, тоны сердца глухие, пульс — от 75 до 85 ударов в одну минуту. Артериальное давление: максимальное — 110—125 мм, минимальное — 65—85 мм. Венозное давление повышено до 135—155 мм водяного столба. Печень увеличена на 1,5—2 см. При рентгеноскопии определялась повышенная прозрачность легочной ткани, расширенные корни легких, усиленный, бронхо-сосудистый рисунок. Границы сердца были увеличены, преимущественно вправо.

На электрокардиограммах, снятых в начале беременности: интервал $PQ=0,15-0,17''$. Зубец $P_{I-II-III}$ — уширен, двуфазен, снижен, $Q_{I-II-III}$ — выражен, восходящее колено зубца R_{I-II} с зазубриной, $R_{III} > R_I$, $T - CR_{I-II}$ — двуфазен. Длительность систолы увеличена на $0,01''$.

Следовательно, электрокардиограммы указывали на изменения миокарда предсердий и желудочков.

Функциональные пробы указывали на снижение жизненной емкости легких от 2000 до 2300 куб. см. Длительность задержки дыхания не превышала 20—25''.

В итоге, у обследованных этих 13 больных поставлен диагноз: инфекционный пневмосклероз, хронический бронхит, эмфизема легких, миокардиодистрофия, ле-

гочно-сердечная недостаточность, у 5-ти — $1/2$ степени и у 8-ми — $2/2$ степени.

Данные больные почти половину беременности провели в стационаре, но лечение было малоэффективным.

В итоге, только у 2 больных беременность закончилась самопроизвольными родами, у 3-х — период изгнания выключен наложением акушерских щипцов, а у 8-ми — родоразрешение проведено путем операции кесарева сечения, причем у 6-ти из них преждевременно — в 32 недели беременности. В послеоперационном периоде у 3 родильниц была пневмония.

7 больных из 13 переведены на 25-й день после родов для дальнейшего лечения в терапевтическое отделение больницы.

Смерть новорожденных была у 2 родильниц. У одного новорожденного имелось кровоизлияние в мозг, у второго ателектаз легких. Причина смерти этих новорожденных не связана с заболеванием матери. Новорожденные у остальных 11 родильниц развивались нормально.

Обследуя состояние здоровья больных с пневмосклерозом и с легочно-сердечной недостаточностью через 3—5 лет после родов, мы установили, что они чувствуют себя хуже, чем до беременности, и большинство из них (8 из 13) не работают, имея инвалидность второй группы.

В итоге можно сделать вывод, что при пневмосклерозе с легочно-сердечной недостаточностью $1/2$ и тем более $2/2$, продолжение беременности противопоказано.

МИОКАРДИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Мы наблюдали 19 женщин, у которых во время беременности диагностирован миокардит. Прогноз беременности зависит от основной инфекции, в результате которой развился миокардит. У 15 наших больных диагностирован ревматический миокардит, и он одновременно сочетался и с эндокардитом.

Лечение и ведение беременности с миокардитом проводилось так же, как и у больных с активной фазой ревматизма, с эндокардитом (см. описание в главе III).

У 4 больных миокардит развился в связи с вирусным гриппом.

Все эти больные лечились амбулаторно. Заболевание протекало тяжело, с явлениями диффузного миокардита, с недостаточностью кровообращения $2\frac{1}{2}$ степени. Лечились длительно по три и более месяца. Лечение антибиотиками было малоэффективным. У трех больных перед родами состояние несколько улучшилось, но недостаточность кровообращения была $1\frac{1}{2}$ степени, поэтому период изгнания у этих рожениц был выключен—наложены акушерские щипцы.

Особый интерес представляет описание течения беременности при миокардите, развившемся в связи с вирусным гриппом.

Больная К., 21 года, беременность первая, 25 недель. В анамнезе: ангина, корь. Поступила с жалобами на сердцебиение, одышку, слабость, чувство давления в области сердца, повышенную температуру.

Заболела остро. Диагностирован вирусный грипп. Лечилась амбулаторно. Через несколько дней после начала заболевания появилась одышка, сердцебиение, чувство тяжести в правом подреберье, боль в области сердца. В момент обследования в палате беременных больная находилась в вынужденном полусидячем положении, была беспокойной из-за резкой одышки. Число дыханий доходило до 28—30 в 1 мин. Резкий цианоз губ и кончика носа. В легких выслушивалось жесткое дыхание. Верхушечный толчок на глаз не виден, а пальпаторно—едва определяется. Верхняя граница—третье ребро, левая—за среднеключичную линию на 1 см, правая—на 1 см за правый край груди. Выслушивается два тона, ритмичные, учащенные, резко приглушенные. Артерии не изменены. Пульс—до 125 ударов в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление—115/80 мм, венозное—138 мм водяного столба. живот правильной формы, печень увеличена. Ее размеры: 15—11—10 см. Край печени выходит из-под реберья на 3 см, край мягкий, болезненный. Селезенка не увеличена. Баночная проба Вальдмана отрицательная. Кровь: РОЭ—33 мм в 1 час, гемоглобин—62%, эритроцитов—3 600 000, лейкоцитов—10 100, моча: удельный вес—1025, белка нет. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, синусовая тахикардия. Признаки изменения миокарда предсердия и желудочков.

На основании проведенного обследования установлен диагноз: острый миокардит на почве перенесенного вирусного гриппа, недостаточность кровообращения $2\frac{1}{2}$. Беременность—25 недель.

Больной назначен строгий постельный режим, диета с ограничением жидкости, богатая витаминами. Антибиотики: пенициллин по 100 тыс. ед.—через три часа, стрептомицин по 250 тыс. ед.—два раза в день, сердечные средства: горичвет, камфара; кислород. Вскоре больная была выведена из тяжелого состояния. Температура нормализовалась через 12 дней, но изменения со стороны сердца остались. Для дальнейшего лечения больная была переведена в терапевтическое отделение, где лечилась более трех месяцев. Все время отмечалась лабильность пульса: при малейшем движении он учащался до 110—120 ударов в 1 мин. и не приходил к исходной

цифре в положенное время. На электрокардиограмме имелись изменения, характерные для диффузного изменения миокарда. Недостаточность кровообращения оставалась $1/2$ степени. Поэтому было решено родоразрешать путем кесарева сечения при начале родовой деятельности. Операция сделана под местной анестезией, извлечен плод, весом 2400 г. В послеоперационном периоде больная перенесла абсцедирующую пневмонию. Состояние было крайне тяжелым. Получала антибиотики, аэрозоль с пенициллином. Из родильного дома была повторно переведена в терапевтическое отделение, где лечилась в течение 1,5 месяца. Выписана в удовлетворительном состоянии с недостаточностью кровообращения $0/1$ степени.

Повторно обследована через восемь лет. Больная жаловалась на небольшую одышку при быстрой ходьбе. При объективном обследовании со стороны легких патологии не определяется, что подтверждается и рентгеноскопией. Границы сердца не увеличены, но при аускультации отмечаются приглушенные тоны, а на электрокардиограмме зарегистрированы слабые признаки изменения миокарда желудочков и предсердий. Ребенок здоров, хорошо развивается.

Данный пример показывает, что при миокардите, развившемся в связи с вирусным гриппом, беременность протекала неблагоприятно. Несмотря на длительное стационарное лечение, родоразрешение пришлось проводить путем кесарева сечения под местной анестезией. В послеродовом периоде было осложнение: абсцедирующая пневмония.

Поэтому среди беременных женщин со всей серьезностью должна проводиться санитарно-просветительная работа по профилактике гриппа. Беременные женщины, больные гриппом, должны лечиться до полного выздоровления и лучше в стационарных условиях.

Наблюдения показывают, что миокардит любой этиологии ухудшает состояние здоровья беременной женщины, поэтому особенно важно своевременно диагностировать его и вовремя решать вопрос о возможности продолжения беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ МИОКАРДИТИЧЕСКОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ

Мы наблюдали 29 больных с кардиосклерозом миокардитическим. Это были больные в возрасте более 30 лет, повторнородящие. Недостаточность кровообращения наблюдалась с четвертого-пятого месяца беременности. Недостаточность кровообращения была у 7— $0/1$ степени, у 18— $1/1$ степени, у 4— $1/2$ степени. Мы отметили, что бе-

ременность протекает неблагоприятно в том случае, если помимо кардиосклероза миокардитического наблюдается нарушение ритма сердечных сокращений, что было у четырех больных, у которых была экстрасистолия.

Так, больная В., 34 лет. Беременность шестая, 39 недель, роды четвертые. В анамнезе: грипп, малярия, ангина, дифтерия. С третьего месяца беременности появилась одышка, сердцебиение, чувство замирания сердца, боли в области сердца, с иррадиацией в левое плечо, чувство тяжести в правом подреберье.

При обследовании: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа чистая. В легких ясный легочный звук, жесткое дыхание. Верхушечный толчок в пятом межреберье, за среднеключичную линию на 1 см. Верхний край — третье ребро, правая граница — на 1 см за правый край грудины. Выслушивается два тона, аритмичные. Первый тон усилен, акцент второго тона на легочной артерии. Сосуды не изменены. Пульс — 75 ударов в 1 мин., аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление — 110/70, венозное — 110 мм водяного столба. Живот правильной формы, при пальпации отмечается некоторая болезненность в правом подреберье. Пальпируется печень, увеличенная на 1,5 см. Ее размер — 13,5—10—9 см, край мягкий. Селезенка не увеличена, симптом Пастернацкого — отрицательный. Кровь: РОЭ — 10 мм в 1 час, лейкоцитов — 8100. Рентгеноскопия: усиленный легочный рисунок, синусы свободны, границы сердца увеличены влево, пульсация несколько ослабленная. На электрокардиограмме: левограмма, ритм синусовый, экстрасистолия, исходящая из левого желудочка, признаки изменения миокарда левого желудочка.

На основании наблюдения и дополнительных данных установлен диагноз: миокардитический кардиосклероз, стенокардия покоя, недостаточность кровообращения $\frac{1}{2}$ степени. Экстрасистолия. Больная от прерывания беременности категорически отказалась. Продолжала оставаться на диспансерном наблюдении. На протяжении беременности три раза лежала в палате беременных и в терапевтическом отделении больницы. Назначен постельный режим, стол № 10, проводились разгрузочные дни: фруктово-сахарные, творожно-фруктовые, хлористый аммоний, меркузал, горчица. Каждый раз выписывалась с улучшением. На 34-й неделе беременности наступило ухудшение. Наряду с одышкой с сердцебиением появились боли в области сердца. В первое время они возникали ночью, а затем приняли постоянный характер. Больная вновь госпитализирована.

Боли в области сердца усиливались, иррадиировали в правое плечо и в руку. Ритм сердца оставался неправильным. Экстрасистолы повторялись через 4—6 ударов, и временами создавалось впечатление о наличии мерцательной аритмии, хотя данные электрокардиограммы указывали на наличие желудочковой экстрасистолии. Больной был назначен постельный режим, диета с ограничением жидкости, богатая витаминами, внутривенные вливания глюкозы с коргликоном, кислород. Улучшения не наступило, появилась бессонница, боли в области сердца, присоединилась одышка, сердцебиение. Было решено родоразрешать путем кесарева сечения под местной анестезией. Перед операцией введена глюкоза с коргликоном, дан валидол. Операция сделана под местной анестезией со стерилизацией. Извле-

чен плод весом 4100 г. Послеродовой период прошел без осложнений. Выписана на 20-й день после родов в удовлетворительном состоянии, без недостаточности кровообращения.

Выше приведенная история болезни показывает, что при миокардитическом кардиосклерозе и экстрасистолии недостаточность кровообращения во время беременности развивается с первых месяцев беременности и трудно поддается лечению.

Если нарушения ритма сердечных сокращений нет, то беременность при кардиосклерозе миокардитическом протекает лучше. В качестве примера приведем историю болезни.

Больная Е., 32 лет, беременность и роды вторые. В анамнезе: скарлатина, грипп, частые ангины. С четвертого месяца беременности появилась одышка, сердцебиение, а к концу дня наблюдались отеки на нижних конечностях. При объективном обследовании установлено: больная правильного телосложения, отеков нет. В легких при перкуссии ясный легочный звук, везикулярное дыхание. Границы сердца несколько увеличены влево, что подтверждается рентгеноскопией. Выслушивается два тона, ритмичные, учащенные, приглушенные, акцент второго тона над легочной артерией. Пульс — 72 удара в 1 мин. Артериальное давление — 120/75 мм. На электрокардиограмме: левограмма, ритм синусовый, правильный, изменения миокарда желудочков. РОЭ-12 мм в час. Диагноз: миокардитический кардиосклероз, недостаточность кровообращения $\frac{1}{4}$ степени. Беременность — 32 недели. Больная госпитализирована в палате беременных, где ей обеспечен постельный режим, назначена разгрузочная терапия, сердечные средства. Через три недели стационарного лечения состояние улучшилось, и больная выписана для амбулаторного лечения.

На 38-й неделе беременности наступило вновь ухудшение. Одышка стала постоянной. Больная госпитализирована в палате беременных, и лечение продолжено до родов. Роды были самопроизвольные, продолжались 10 час. 40 мин. Первый период длился 9 час. 5 мин. Артериальное давление — 115/70 мм, венозное — 98 мм водяного столба, пульс — 76 в 1 мин. Второй период родов продолжался 1 час. 5 мин. Артериальное давление — 110/75 мм, венозное — 105 мм водяного столба, пульс — 86 ударов в 1 мин. Третий период родов длился 30 мин. Артериальное давление — 100/60 мм, венозное — 86 мм водяного столба, пульс — 68 ударов в 1 мин. Кровапотеря — 180 г.

В послеродовом периоде осложнений не было. Больная выписана в удовлетворительном состоянии, без недостаточности кровообращения.

Данный пример показывает, что при миокардитическом кардиосклерозе, без нарушения ритма сердечных сокращений, беременность протекает лучше, чем у этих же больных с экстрасистолией.

В итоге длительного неоднократного лечения у 26 беременных с миокардитическим кардиосклерозом беременность закончилась самопроизвольными родами, у 2 беременных период изгнания выключен наложением акушерских щипцов, и у одной родоразрешение проведено путем кесарева сечения.

Итак, у наблюдаемых нами больных с миокардитическим кардиосклерозом, без нарушения ритма сердечных сокращений, у которых до беременности не было недостаточности кровообращения, ухудшения состояния здоровья после беременности и родов не наблюдается.

ВЫВОДЫ

1. Прогноз беременности и родов при заболеваниях мышцы сердца зависит от характера поражения миокарда и его функционального состояния.

2. При миокардиодистрофии прогноз беременности и родов зависит от основного заболевания. При постинфекционной миокардиодистрофии ухудшения состояния здоровья после беременности и родов не наблюдается.

3. При пневмосклерозе с легочно-сердечной недостаточностью уже с первых месяцев беременности наблюдается недостаточность кровообращения, и после родов наступает ухудшение состояния здоровья женщины.

4. Вопрос о методе родоразрешения решается строго индивидуально, в зависимости от характера поражения миокарда и степени недостаточности кровообращения.

К самопроизвольным родам рекомендуется допускать:

1) При миокардиодистрофии постинфекционной без недостаточности кровообращения и с недостаточностью кровообращения $\frac{0}{1}$, $\frac{1}{1}$, $\frac{1}{2}$ степени.

2) При пневмосклерозе без легочно-сердечной недостаточности.

3) При миокардитическом кардиосклерозе без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $\frac{0}{1}$, $\frac{1}{1}$ степени.

Выключать период изгнания наложением щипцов:

1) При пневмосклерозе с легочно-сердечной недостаточностью $\frac{0}{1}$, $\frac{1}{1}$, $\frac{1}{2}$ степени.

2) При миокардиодистрофии постинфекционной с недостаточностью кровообращения $\frac{2}{2}$ степени.

3) При кардиосклерозе миокардитическом с недостаточностью кровообращения $1\frac{1}{2}$ степени.

4) При миокардитах без недостаточности кровообращения.

Родоразрешать путем кесарева сечения:

1) При пневмосклерозе с легочно-сердечной недостаточностью $2\frac{1}{2}$ степени.

2) При кардиосклерозе миокардитическом с недостаточностью кровообращения $2\frac{1}{2}$ степени.

3) При миокардитах с недостаточностью кровообращения.

5. Хороший исход беременности и родов у женщин с заболеваниями мышцы сердца зависит от функционального состояния миокарда, степени недостаточности кровообращения до беременности и от своевременно организованных лечебно-профилактических мероприятий во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Для правильного решения вопроса о возможности продолжения беременности и родов у женщин с заболеваниями сердца необходимо с первого месяца беременности вести наблюдения за этими больными.

Заболевания сердца у беременных женщин встречаются довольно часто, и женские консультации должны своевременно их выявлять. Иногда врачу бывает трудно решить вопрос, как справится сердце с дополнительной нагрузкой во время беременности. Для этого необходимо учесть все особенности течения сердечной патологии. Решение этого вопроса лучше всего осуществлять после детального обследования беременной женщины в стационарных условиях, где можно более правильно установить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, наличие или отсутствие активной фазы ревматизма. Благоприятный исход беременности зависит не только от порока сердца, но и от функционального состояния сердечной мышцы, активности фазы ревматизма.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Главным условием предупреждения возможных осложнений беременности при заболеваниях сердца яв-

ляется первичная ранняя явка беременных в женскую консультацию.

Врач акушер-гинеколог должен знать на своем участке всех женщин в детородном возрасте, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. С этой целью устанавливается постоянная связь женской консультации с терапевтическим объединением района, участка.

При первой явке беременной женщины в консультацию она должна подробно обследоваться не только врачом акушером-гинекологом, но и терапевтом с тем, чтобы в первые же три месяца беременности была уточнена имеющаяся патология сердца. С этой целью всем беременным женщинам проводится рентгеноскопия грудной клетки, исследуется кровь на общий анализ и РОЭ, измеряется артериальное давление и, по показаниям, производятся эндотелиальные пробы.

Если диагноз нельзя поставить амбулаторно, то беременная немедленно направляется в стационар для углубленного обследования. В стационаре уточняется характер заболевания сердца, обращается внимание на степень недостаточности кровообращения и на наличие активного ревматического процесса. Изучается анамнез заболевания, выясняются ранее перенесенные заболевания, обращается внимание на течение предыдущих беременностей и родов.

Если имеется подозрение на ревматическое заболевание сердца, то выясняется активность ревматического процесса, так как беременность особенно неблагоприятно протекает при активных эндокардитических и миокардитических процессах. Определить ревматический эндокардит и миокардит часто бывает очень трудно. По своему началу и течению данное заболевание нередко напоминает острый катар верхних дыхательных путей, общий невроз, гипертиреоз и другие заболевания. В диагностике эндокардита помогает хорошо собранный и изученный анамнез, объективные данные. Наличие постоянного систолического шума у верхушки сердца, акцент второго тона на легочной артерии говорят о формирующейся недостаточности митрального клапана. Субфебрильная температура дает основание предполагать наличие активной фазы ревматизма. Эндотелиальные и салициловые пробы дополняют обследование.

В клинике, руководимой профессором В. Г. Вограликом*, Н. Ф. Тарасова, И. А. Гренаус, Н. П. Винокуров изучали значение эндотелиальных и салициловых проб и в диагностике активной фазы ревматизма и пришли к заключению, что баночная проба Вальдмана является в половине случаев положительной в активную фазу ревматизма.

Проба Битторфа оказалась у половины всех обследованных больных слабо положительной, вне зависимости от фазы и формы ревматизма, а при ревмосептическом процессе она положительна в 84,6% случаев.

Проба Местера в активной фазе ревматического процесса положительна в 40,4% случаев. Проба на выделение салицилового натрия, наоборот, у всех больных ревматизмом, вне зависимости от фазы и формы заболевания, выпадает положительной, но она может быть положительной и при других состояниях измененной реактивности организма.

Формоловая реакция при ревмосепсисе выпадает положительной в 78,5% случаев, а при ревмокардите слабоположительной — 55,2% случаев.

Проведенные наблюдения указывают на определенную роль в диагностике активной фазы ревматизма эндотелиальных и салициловых проб.

Баночная проба В. А. Вальдмана по своей методике проста. Берется кровь из пальца больного, подсчитывается количество лейкоцитов и моноцитов. Затем на кожу груди или другое место ставится обычная кровососная банка или банка специального аппарата Вальдмана на 20 мин. После этого с места приложения банки берется кровь для подсчета количества лейкоцитов и моноцитов. При наличии васкулита количество моноцитарных элементов во втором мазке должно быть больше в два-четыре раза, чем до приложения банки.

Проба Местера заключается в том, что внутрикочно в сгибательную поверхность предплечья вводится 1 мл 1% водного раствора салицилового натрия так, чтобы образовалось три волдыря, каждый размером около 1—2 см. До впрыскивания определяется число лейкоцитов в крови, взятой у больного натошак из пальца.

* Вопросы ревматизма в Горьковской области под ред. проф. В. Г. Вогралика, Горьковское книжное издательство, 1954 г., стр. 191.

После инъекции через полчаса, а затем через час снова берется кровь из пальца и определяется количество лейкоцитов. При наличии ревматического процесса количество лейкоцитов значительно уменьшается (на 15—50%).

Проба Битторфа основана на том, что при механическом растирании мочки уха наблюдается местное нарастание в крови клеток моноцитарного ряда.

Салициловая проба В. Г. Вогралика заключается в том, что обследуемому дается утром натощак 1 г салицилового натрия, а затем каждый час исследуется моча с 5% водным раствором полуторахлористого железа, на присутствие салицилового натрия. Исследование мочи продолжается до прекращения выделения препарата. Положительной проба считается при выделении препарата, начиная с 17-го часа.

Формоловая реакция заключается в том, что к 1 мл испытуемой сыворотки прибавляют две капли 40% формалина нейтральной реакции: формалин нейтрализуется углекислым натрием. Испытуемую сыворотку оставляют при комнатной температуре. В случае появления немедленной желатинизации реакция считается резко положительной. Если желатинизация наступает в течение суток, то реакция считается отрицательной.

Как видно, техника эндотелиальных и салициловых проб проста, и мы рекомендуем ими пользоваться как дополнительным методом исследования.

Наблюдение за РОЭ дополняет обследование, хотя РОЭ у беременных женщин часто ускоряется, независимо от заболевания сердца. Повышение температуры также еще не говорит о ревматизме, так как у беременных женщин она может быть вегетативно-нервного, эндокринного или аллергического происхождения.

Однако систематическое повышение температуры может свидетельствовать об активной фазе ревматизма. В данном случае целесообразно проводить пирамидоновую пробу, предложенную Б. А. Черногобувым. Больной назначается раствор пирамидона из расчета 1,5—2 г на 300 мл воды—по одной столовой ложке три раза в день. Если после приема пирамидона температура не снижается, то это говорит о терморегуляторном неврозе.

Большое диагностическое значение имеет электрокардиографический метод исследования, который может

установить изменения миокарда, нарушение проводимости, в частности удлинение интервала PQ, что является характерным для активной фазы ревматизма.

Электрокардиографические данные дополняют снятые векторкардиограммы. В активной фазе ревматизма отмечается деформация петли QRS, которая выражается в дополнительных петлеобразованиях, в двуосевости, в заостренности. Баллистокардиограмма расширяет диагностические возможности и указывает на различную степень нарушения по Броуну.

Тщательно проведенная рентгеноскопия указывает на изменения конфигурации сердца и помогает в диагностике формирующегося порока сердца.

При решении вопроса о продолжении беременности при заболеваниях сердца следует руководствоваться приказом Министерства здравоохранения СССР от 31/X 1951 года № 941, в котором говорится, что эндокардиты, анатомические поражения клапанов сердца, мышцы сердца и перикарда при начальных явлениях недостаточности кровообращения, митральный стеноз, независимо от того, имеется или нет недостаточность кровообращения, служат основанием для прерывания беременности.

Исход беременности и родов у женщин с заболеваниями сердца во многом зависит от правильного ведения беременности и подготовки к родам.

Необходимо, чтобы каждая женщина с заболеванием сердца находилась под наблюдением врача на протяжении всей беременности, так как в этот период происходит перестройка организма. Самые ничтожные жалобы могут быть причиной тяжелой патологии. Поэтому необходимо учитывать все жалобы беременной и вовремя принимать необходимые меры для предотвращения осложнений беременности.

Наблюдение за беременной женщиной с заболеванием сердца должно вестись акушером-гинекологом и терапевтом, так как это обеспечивает всестороннее изучение состояния больной и позволяет проводить лечебно-профилактические мероприятия более правильно.

Женская консультация должна иметь врача терапевта, которому необходимо изучить особенности течения заболеваний сердца при беременности, ближе познакомиться с акушерской патологией, что позволит более пра-

вильно решить вопрос о лечебно-профилактических мероприятиях во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Советы в отношении режима должны даваться в зависимости от срока беременности и характера поражения сердца. Режим дня назначается строго индивидуально. В межприступный период ревматизма назначаются прогулки на свежем воздухе, требуется проветривание комнаты, так как при недостаточности кровообращения развивается гипоксия, которая неблагоприятно влияет на состояние организма не только матери, но и плода. При активной фазе ревматизма назначается постельный режим. Если беременная с заболеванием сердца работает, то необходимо изучить условия ее работы, узнать, не связана ли она с физическим напряжением, с простудным фактором. Больная должна быть переведена на более легкую работу с нормированным рабочим днем. Необходимо изучить условия жизни беременной на дому. Родные должны быть ознакомлены с режимом дня и питанием беременной женщины с заболеванием сердца как во время беременности, так и после родов. Нередко беременная с заболеванием сердца скрывает от своих родственников состояние своего здоровья, выполняет всю домашнюю работу, что значительно ухудшает состояние ее здоровья и приводит к недостаточности кровообращения.

Питание должно быть рациональным. Калорийность не менее 2500 — 3000 калорий. Белки дают из расчета 1—1,5 г на 1 кг веса беременной. Недостаток белка в организме беременной понижает азотистый уровень, что может привести к гипоксии и к появлению отеков. Жиры назначаются из расчета 1 г на 1 кг веса беременной женщины. Недостаток углеводов, вводимых в организм беременной, может привести к гипогликемии, которая проявляется в виде быстрой утомляемости, вялости. В дневном рационе углеводов должно содержаться не менее 400 г. При назначении диеты надо иметь в виду, чтобы с пищей беременная женщина получала достаточное количество кальция. Недостаток его может привести к судорогам, головной боли. В первую половину беременности женщина должна получать до 1 г, а во вторую — до 1,5 г кальция в сутки, поэтому назначаются вещества, богатые кальцием: молоко, творог, сыр. Для лучшего усвоения кальция назначается витамин D. Для пополнения

фосфора назначается мясо, рыба, молоко. Для предотвращения железодефицитной анемии рекомендуются продукты, богатые железом: печень крупного рогатого скота, яичный желток, помидоры, фрукты, ягоды (яблоки, груши, апельсины, мандарины, земляника). Употребление поваренной соли ограничивается только по прямым показаниям к этому.

Потребность в витаминах у беременной женщины значительно повышается, поэтому в пище беременных количество витаминов должно быть увеличено, как жирорастворимых (А, D, Е, К), содержащихся в сливочном масле, рыбьем жире, молоке, яйцах и других продуктах, так и водорастворимых (витамины В — комплекса, С и Р), содержащиеся в соках овощей, плодов, в дрожжах.

В частности, потребность в витамине С возрастает до 120—125 и даже до 224 мг в сутки. Поэтому целесообразно назначать концентраты витамина С или аскорбиновую кислоту по 0,1г—три раза в день, настой шиповника и т. д.

Недостаток в витамине В₁ пополняется назначением бромистого тиамина по 0,002 г — три раза в день, витамина В₆ — пиридоксина по 0,025 г — два-три раза в день, витамина D — рыбьего жира, драже витамина D, Е. Правильное соблюдение витаминного баланса в организме беременной способствует нормальному течению не только беременности и родов, но и развитию плода.

При упорных запорах рекомендуется чернослив, компоты, протокваша, кефир, фруктовое желе. Питание должно быть регулярным. Последний прием пищи должен быть за пять часов до сна.

Правильно организованное питание, достаточно калорийное, во многом способствует профилактике недостаточности кровообращения у беременных женщин с заболеванием сердца.

Санитарно-просветительная работа среди беременных женщин с заболеваниями сердца должна проводиться как индивидуальная, так и групповая. Каждая беременная должна знать, какой режим ей нужно соблюдать, когда проводить прогулки, когда ложиться спать. Беременной подробно разъясняется порядок дня, часы приема пищи, диета и ее характер. Обращается внимание на значение в питании витаминов.

Санитарно-просветительная работа, повседневное врачебное наблюдение за беременной женщиной с заболеванием сердца способствуют улучшению состояния ее здоровья во время беременности и после родов.

Профилактика очагов инфекций является профилактикой рецидива ревматизма и недостаточности кровообращения у беременных женщин с заболеваниями сердца. Опыт показывает, что недостаточность кровообращения часто развивается после перенесенной ангины, гриппа. Поэтому беременным женщинам следует предупреждать ангину соответствующим лечением и избегать охлаждения. При заболевании ангиной нужно назначать антибиотики (пенициллин — от 600 000 тыс. ед. до 800 000 тыс. ед. в сутки или тетрациклин по 0,5 г—четыре раза в сутки) на протяжении 10 дней. Для устранения или уменьшения аллергической реакции одновременно с антибиотиками следует назначать противоревматические средства: салициловый натрий—3—5 г, аспирин—2—3 г или пирамидон—1,5 г, или бутадиион—0,3 г в сутки.

Необходимо обращать внимание и выявлять очаги инфекции другой локализации, в частности в дыхательных путях, полости рта, в желчном пузыре, мочеполовых органах. Все острые и хронические инфекции оказывают неблагоприятное влияние на биохимическую структуру миокарда и на биохимические процессы, лежащие в основе его функции. Лечение очагов инфекции нужно проводить с первых месяцев беременности, лучше в стационарных условиях.

Психотерапия имеет большое значение, так как психическое перенапряжение, душевные волнения и потрясения, боязнь за исход беременности и родов могут способствовать развитию сердечной недостаточности. Поэтому врач должен поддерживать у беременной женщины бодрое настроение, уверенность в благоприятном исходе беременности. Врач обязан позаботиться о том, чтобы родственники окружали беременную заботой и вниманием. При этих условиях у беременной женщины крепнет надежда на улучшение состояния ее здоровья и благоприятный исход беременности.

При всех формах ревматизма особое внимание уделяется укреплению нервной системы. Для снижения повышенной возбудимости нервной системы назначаются препараты брома.

Активный патронаж, систематическое наблюдение за беременной с заболеванием сердца позволяет вовремя установить признаки недостаточности кровообращения. Если у данной больной появляются жалобы, характерные для первых признаков недостаточности кровообращения, эта больная немедленно должна быть помещена в стационар, где уточняется диагноз и назначается лечение с учетом индивидуальных особенностей течения данного заболевания.

Психопрофилактическая подготовка к родам беременной женщины с заболеванием сердца начинается в консультации с 34-й недели беременности. Проводится четыре-шесть специальных занятий через три-четыре дня каждое. Организация и методика психопрофилактической подготовки беременных и рожениц изложена в специальной инструкции Министерства здравоохранения СССР.

Учение И. П. Павлова о второй сигнальной системе и взаимодействии ее с первой раскрывает большие возможности для использования второй сигнальной системы в обезболивании родов.

Словесный метод обезбоживания родов является вполне физиологическим методом. Словесный раздражитель повышает активность коры головного мозга у роженицы. Это ведет к торможению подкорки, в результате чего сигналы эмоционального эффективного болевого характера, идущие из подкорки в кору, оказываются значительно смягченными. Этот метод способствует восстановлению нормальных взаимоотношений между корой головного мозга и подкоркой, в случае необходимости активизирует процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга. Важно в коре создать преобладание раздражения, которое может подавить все побочные реакции, в том числе и боль во время родов.

Наблюдения показывают, что при психопрофилактической подготовке роженица во время родов ведет себя спокойнее, рациональнее расходует свои силы. Это благоприятно сказывается на течении и исходе родов.

Лечение недостаточности кровообращения проводится в зависимости от характера поражения сердца, по общим принципам. Назначается постельный режим, разгрузочная терапия:

1) молочный день — 600 г молока, 200 г фруктового сока, 20 г глюкозы или сахара. Молоко назначают по

100 г через два часа, а раствор глюкозы с витаминами — на ночь;

б) творожно-сахарный день: 400 г творога, 100 г сахара, 200 г хлеба, 200 г фруктового или овощного сока.

Эта диета богата солями кальция, что полезно беременной женщине. Кроме того, она увеличивает содержание мочевины, в результате увеличивается диурез.

Назначают солевые слабительные, лучшее влияние оказывает глауберова соль по 30—40 г утром натощак. Этим достигается обильный жидкий стул и уменьшение отеков. При отсутствии изменений в моче, после предварительной подготовки хлористым аммонием по 0,5 г — три раза в день, в течение двух-трех дней назначается меркузал по 1 мл внутримышечно однократно или новурит — 1 мл.

Из сердечных средств рекомендуется: горицвет, лучше с кофеином, дигиталис под контролем пульса.

При недостаточности кровообращения, трудно поддающейся лечению, рекомендуется вводить внутривенно 0,06% водный раствор *коргликона* — препарат, содержащий сумму глюкозидов из листьев ландыша, действие которого близко к строфантину. Вводится в 20 мл 40% глюкозы, медленно. Лучше вводить два раза в день по 0,5 мл, так как эффект после однократного введения продолжается 6 или 10 часов.

Эризимин — кристаллический глюкозид из желтушника серого. По характеру действия близок также к строфантину, но иногда лучше переносится. Вводится внутривенно 1 мл 0,033% раствора эризимина в 20 мл 40% глюкозы.

Диланализид — раствор суммы глюкозидов наперстянки шерстистой. 1 мл раствора диланализида соответствует, примерно, 0,16 г листьев наперстянки, действует быстро. Вводят его в 20 мл 40% раствора глюкозы — один-два раза — по 1—0,5 мл в сутки, медленно.

Строфантин — обладает основными свойствами глюкозидов и имеет большую биологическую активность. При внутривенном введении оказывает быстрый и сильный эффект, мало влияет на частоту сердечных сокращений. Можно вводить не ранее чем через четыре дня после прекращения приема наперстянки. Вводится медленно, при острой левожелудочковой, а также при хронической недостаточности кровообращения, по 0,5 мл 0,05% раствора в 20 мл 40% глюкозы — лучше два раза в день. Противо-

показан при остром миокардите, эндокардите, далеко зашедших случаях кардиосклероза.

Применение комплексной терапии, состоящей из режима, диеты, разгрузочных, сердечных средств, в большинстве случаев наступает значительное улучшение. В активную фазу ревматизма назначается бутадон по 0,15 г—четыре раза в день, пирамидон, салициловый натрий, аскорбиновой кислотой аспирин, а также антибиотики.

При наличии сопутствующих заболеваний, в особенности хронического бронхита, эмфиземы легких, пневмосклероза, прогноз беременности ухудшается и может наступить стойкая недостаточность кровообращения. Поэтому необходимо учесть влияние сопутствующих заболеваний до 12 недель беременности, и при неблагоприятном течении беременность прервать путем производства аборта.

Если беременность оставлена и наблюдается повторная недостаточность кровообращения, то лечение должно быть длительным, до ликвидации всех признаков недостаточности кровообращения.

При поступлении беременной женщины в больницу во второй половине беременности с недостаточностью кровообращения второй степени с родоразрешением спешить не следует. Необходимо принять все меры для максимального уменьшения степени недостаточности кровообращения и только после этого решать вопрос о дальнейшем ведении беременности, о сроке и методе родоразрешения.

ПОДГОТОВКА К РОДАМ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Беременная женщина с заболеванием сердца должна готовиться к родам в стационарных условиях. С этой целью она направляется в палату беременных за две-три недели до родов, в зависимости от степени недостаточности кровообращения. Если же имеется недостаточность кровообращения второй и тем более третьей степени, то лечение перед родами удлиняется до месяца и более с тем, чтобы максимально уменьшить степень недостаточности кровообращения.

В палате беременных создается спокойная обстановка и тем самым на практике осуществляется охранительный

режим. Чуткое, ласковое отношение к беременной поддерживает бодрое настроение, создает уверенность в собственных силах и в хорошем исходе родов. Лечебные мероприятия снижают степень недостаточности кровообращения и укрепляют сердечную мышцу. Лечение осуществляется по рекомендованному выше плану.

Если выясняется, что роженица не прошла психопрофилактической подготовки к родам, то она обучается этому методу при поступлении в родильный дом, для чего используются все доступные в данных условиях способы и средства.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

От правильного выбора метода родоразрешения во многом зависит благоприятный исход родов у женщин с заболеваниями сердца. Поэтому мы рекомендуем.

1. К самопроизвольным родам допускать рожениц:

1) при комбинированном митральном пороке сердца, без недостаточности кровообращения и с недостаточностью % степени;

2) при недостаточности митрального клапана без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $\frac{1}{1}$ и $\frac{1}{1}$ степени;

3) при постинфекционной миокардиодистрофии без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $\frac{1}{1}$ и $\frac{1}{1}$ степени;

4) при пневмосклерозе без легочно-сердечной недостаточности.

2. Выключать потужной период наложением акушерских щипцов:

1) при комбинированном митральном пороке сердца с недостаточностью кровообращения $\frac{1}{1}$ и $\frac{1}{2}$ степени;

2) при комбинированном митральном пороке с преобладанием стеноза без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $\frac{1}{1}$ и $\frac{1}{1}$ степени;

3) при комбинированном митральном пороке сердца, после перенесенного рецидивирующего ревматического эндокардита, во время беременности без недостаточности кровообращения и с недостаточностью $\frac{1}{1}$ и $\frac{1}{1}$ степени.

4) при комбинированном митральном пороке сердца,

мерцательной аритмии без недостаточности кровообращения;

5) при недостаточности митрального клапана с недостаточностью кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени;

6) при постинфекционной миокардиодистрофии с недостаточностью кровообращения $1/2$ степени;

7) при миокардиодистрофии, развившейся в связи с пневмосклерозом, с легочно-сердечной недостаточностью $1/1$ и $1/2$ степени.

3. Родоразрешать путем операции кесарева сечения:

1) при комбинированном митральном пороке сердца с недостаточностью кровообращения $2/2$ и $3/2$ степени;

2) при комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза, с недостаточностью кровообращения $1/2$ и $2/2$ степени;

3) при комбинированном митральном пороке сердца, с преобладанием стеноза, с мерцательной аритмией, с недостаточностью кровообращения;

4) при комбинированном митральном пороке сердца при рецидивирующем ревматическом эндокардите без недостаточности и с недостаточностью кровообращения;

5) при комбинированном митральном пороке сердца и недостаточностью аортальных клапанов, без недостаточности кровообращения и с недостаточностью кровообращения;

6) при комбинированном митральном пороке и состоянии после митральной комиссуротомии, при недостаточности кровообращения $2/2$ степени;

7) с постинфекционной миокардиодистрофией с недостаточностью кровообращения $2/2$ степени.

8) с миокардиодистрофией, развившейся в связи с пневмосклерозом, с легочно-сердечной недостаточностью $1/2$ и $2/2$ степени.

Другая патология внутренних органов, сопутствующая заболеванию сердца, а также и акушерская патология расширяют показания к кесареву сечению.

Врач, ведущий роды, должен неотступно следить за состоянием роженицы и плода.

Перед родами необходимо вводить 20% камфару — 3—4 мл, 40% глюкозу — 20 мл с 1 мл 5% аскорбиновой кислоты, по показаниям глюкозу со строфантином или коргликоном.

Во время родов нужно обращать внимание на окраску видимых слизистых оболочек и кожных покровов, состояние пульса, кровяного и венозного давления, появление жалоб на одышку, следить за состоянием сердечных тонов роженицы и плода.

При стойком повышении венозного давления, наличии других признаков нарастающей недостаточности кровообращения показано введение дополнительных сердечных средств, как, например, кордиамина, кофеина, строфантина или коргликона в 100 мл 25% глюкозы, вводимых внутривенно капельным методом.

При явлениях острой левожелудочковой недостаточности немедленно вводится 0,05% строфантин — 0,5 мл в 20 мл 40% глюкозы.

При появлении кровохарканья — 10% хлористый кальций — 10 мл, викасол, 0,1% атропин — 1 мл, дается кислород.

Все это позволяет вывести больную из тяжелого состояния и, тем самым, предотвратить неблагоприятный исход родов.

Вслед за рождением ребенка происходит падение давления в брюшной полости и, в связи с этим, быстрое, почти внезапное перенаполнение сосудов брюшной полости кровью, и в это же время уменьшается наполнение кровью сердца и ближайших к нему сосудов. В этот момент может произойти падение сердечно-сосудистой деятельности — коллапс, и наступит смерть.

Поэтому последовый и ранний период после родов — первые два-три часа после отделения последа — еще более опасны, чем предшествующий им второй период.

Все это обязывает медицинских работников следить за роженицей с заболеваниями сердца на протяжении не только родового акта, но и после родов, особенно в первые часы.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

В послеродовом периоде идет быстрый процесс обратного развития не только в половой сфере, но и во всем организме роженицы.

Послеродовой период является одним из ответственных периодов, когда могут развиваться послеродовые забо-

левания и неблагоприятно отразиться на течении сердечной патологии.

Так, например, повреждение родовых путей — ранки, ссадины — могут оказаться входными воротами для инфекции и послужить причиной септического эндокардита. Даже при небольших повреждениях родовых путей необходимо с профилактической целью назначать антибиотики: стрептомицин и пенициллин или биомицин или левомицетин.

При кровопотерях во время родов и после них к переливанию крови рекомендуется прибегать по жизненным показаниям, лучше капельным методом, так как после струйного переливания больших доз крови может наступить осложнение — острая сердечная недостаточность, а при активном рецидивирующем эндомиокардите — эмболия в жизненно важные центры головного мозга.

В послеродовом периоде не разрешается рано вставать. Организуется охранительный режим, по показаниям продолжается назначение сердечных средств. Диета должна быть достаточно калорийной, с ограничением жидкости и соли, богатая витаминами. Назначаются разгрузочные дни: фруктово-сахарные, творожные, диета Карелля, модифицированная М. И. Певзнером.

Режим расширяется постепенно, с включением комплекса лечебной гимнастики.

Мы рекомендуем комплекс лечебной гимнастики, применяющийся в клинике профессора В. Г. Вогралика, который позволяет подготовить родильницу с заболеванием сердца к активным движениям.

Ниже приводим указанный комплекс лечебной гимнастики (табл. 6).

В основу занятий с женщинами в послеродовом периоде, имеющих недостаточность кровообращения, можно положить вышеуказанный комплекс упражнений.

Занятия следует начинать на вторые-третьи сутки после родов, если нет соответствующих противопоказаний.

Методика занятий с женщинами с недостаточностью кровообращения в послеродовом периоде отличается от методики занятий со здоровыми роженицами уменьшением дозировки (на 1—4 раза), в зависимости от трудности упражнения. В качестве основы рекомендуются комплексы, разработанные в Центральном институте охраны материнства и младенчества и приведенные в

Таблица 6

Примерный комплекс упражнений при недостаточности кровообращения

№№ п/п.	Исходное положение, описание упражнения	Дозировка (раз)	Методические указания
ПЕРВАЯ ДЕКАДА			
1	Исходное положение—лежа	5—6	
2	Статическое грудное дыхание	3—4	средней глубины без напряжения
3	Одновременный сгиб и разгиб кисти и стопы	4—5	глубокое дыхание
4	Динамическое грудное дыхание (поднять руки—вдох, опустить—выдох)	3—4	медленно
5	Ротационные движения ног снару- жи и внутрь	5—6	попеременно
6	Сгибание рук в локтевых суставах	5—6	средней глубины
7	Спокойное дыхание	3—4	не отрывая пят- ки от постели
8	Сгибание ног в коленных суставах	4—5	глубокое дыхание
9	Динамическое грудное дыхание (разведение согнутых в локтях рук—вдох, приведение—выдох)	2—3	без напряжения, кисть к подмыш- ке—вдох, опуска- ние—выдох
10	Упражнение „насос“	3—4	левая нога—тыль- ный сгиб, правая— подошвенный и наоборот. Одно- временно
11	Сгиб и разгиб ног в голеностопных суставах	5—6	глубокое
11	Статическое грудное дыхание		
ВТОРАЯ ДЕКАДА			
1	Исходное положение—лежа.	4	
2	Динамическое грудное дыхание. Достать руками спинку кровати—вдох, опустить—выдох	5—6	одновременно
3	Круговые движения кистей, стоп	4—5	поочередно, ды- хание не задер- живать
3	Поднимание прямых ног кверху	(каж- дой ногой)	
4	Спокойное диафрагмальное дыхание	5—6	глубокое

№№ п/п.	Исходное положение, описание упражнения	Дозировка (раз)	Методические указания
5	Исходное положение—сидя. Упражнение: ходьба „сидя“	4—5	сидеть на выдохе
6	Руки на талии	4—5	медленно, дыхание произвольное
7	Динамическое дыхание	5—6	глубокое
8	Исполнение стоя. Садиться на стул с помощью рук	3—4	вставать на выдохе
9	Ритмичная спокойная ходьба по палате	начи- ная с 4 мин.	дыхание произ- вольное
10	Исходное положение—сидя. Поднимание разноименной руки и ноги	3—4	поднять на вдохе, опустить на выдохе, садиться на выдох
11	Исходное положение—лежа. Динамическое диафрагменное дыхание	4—5	средней глубины
12	Статическое грудное дыхание	5—6	глубокое

книге «Лечебная физическая культура» (общая редакция проф. Саркисова-Серазини, 1954 г.)

Выписываются роженицы с заболеванием сердца не ранее чем через три-четыре недели после родов. Если, несмотря на проводимую терапию, состояние больной не улучшается, то больная через три-четыре недели переводится в терапевтический стационар. Противопоказаний к грудному вскармливанию младенцев, рожденных женщинами с заболеванием сердца, нет.

Наблюдая беременность, роды и послеродовой период у 658 женщин с различными заболеваниями сердца, мы убедились, что последующее состояние здоровья этих больных во многом зависит от проведения широких лечебно-профилактических мероприятий на протяжении всей беременности, перед родами, во время и после них, от правильного выбора метода родоразрешения и от удлиненного пребывания в родильном доме.

Широкое ознакомление врачей акушеров-гинекологов и терапевтов с особенностями ведения беременных с заболеваниями сердца будет способствовать благоприятному исходу беременности и родов у этих больных

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашей стране партия и правительство проявляют неустанную заботу о женщине-матери.

Охрана материнства и детства с 1917 года является прямой государственной обязанностью и находит свое отражение в последующих постановлениях партии и правительства и в Советской Конституции.

Состояние здоровья женщины строго оберегается, о чем свидетельствует огромная сеть лечебно-профилактических учреждений, призванная к обслуживанию беременной женщины-матери. Эта сеть значительно расширяется по семилетнему плану развития народного хозяйства, принятому внеочередным XXI съездом КПСС.

Современные методы диагностики, лечения и профилактики позволяют шире разрешать беременность и роды женщинам с заболеваниями сердца.

Больные с митральным стенозом и с недостаточностью аортальных клапанов, с рецидивирующим ревматическим эндокардитом, с пневмосклерозом, с легочно-сердечной недостаточностью уже с первых месяцев беременности отмечают ухудшение состояния. Поэтому больным с указанной выше патологией сердца мы рекомендуем беременность прерывать до 12-ти недель, путем производства аборта.

Больные с недостаточностью митрального клапана и постинфекционной миокардиодистрофией чувствуют себя не хуже, чем до беременности и родов.

В итоге проведенных наблюдений мы можем сказать, что при ряде заболеваний сердца при желании и соответствующем врачебном наблюдении возможно сохранить беременность и надеяться на благоприятный ее исход.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ПО ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТИ

Акулиничев И. Т.,

Значение динамических и вектор-электрокардиографических исследований, Клиническая медицина, № 8, 1951 г., стр. 44.

Аркусский Ю. И.,

Влияние беременности на сердце в аспекте клинико-рентгенологического и электрокардиографического исследования, Акушерство и гинекология, № 1, 1947 г., стр. 11—15.

Аузрбах Ф. С. и Джебаридзе М. Н.,

К вопросу о ревматических поражениях сердца при беременности, Акушерство и гинекология, № 1, 1952 г.

Баженова К. М.,

Течение и ведение беременности и родов у женщин с органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, Дисс., Л. 1953 г.

Белецкий Г. Н.,

Статистические данные о сердечных заболеваниях по материалам госпитальной терапевтической клиники, Уральский мед. журнал, № 7, Свердловск 1929 г.

Богоров И. И.,

Питание беременных женщин, Фельдшер и акушерка, № 9, 1945 г., стр. 36—37.

Болдырева О. Д.,

Миелограммы подвздошного пунктата костного мозга беременных женщин, Акушерство и гинекология, № 2, 1949 г., стр. 20—24.

Брейтман М. Я.,

Беременность, Семиотика и диагностика эндокринных заболеваний, гл. IV, Медгиз, 1949 г., стр. 561—566.

Бутылин А. Г.,

Заболевания сердца и беременность, Труды Курского госмед. института, т. II, вып. I, изд. «Курская правда», Курск 1946 г., стр. 111—118.

Ванина Л. В.,

Беременность и роды при пороках сердца, Советская медицина, № 8, 1958 г.

Виноградова С. П.,

К вопросу об изменении капилляров в связи с беременностью (Клиническое и экспериментальное исследование), Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов, Л. 1927 г., стр. 485—503.

Вогралик В. Г.,

О классификации недостаточности кровообращения, Вопросы гипертонической болезни и недостаточности кровообращения, Горький 1951 г., стр. 291—296.

Гасилин В. С. и Миронова Ю. П.,

Изменения векторкардиограммы при ревматическом поражении сердца, Терапевтический архив, № 7, 1959 г., стр. 43.

Гентер Г. Г.,

Изменения в других органах и тканях беременной, Учебник акушерства, Изд. II, 1938 г., стр. 99—135.

Гиляревский С. А., Николаева В. И. и Грейдо А. Д.,

Пороки сердца и беременность, Изд. II, Изд. Терапевтическая клиника I ММИ.

Глейзер М. Д.,

Беременность и врожденный сердечный порок, Акушерство и гинекология, № 6, 1931 г., вып. X, стр. 567—569.

Глебов А. Б., Беккер С. М.,

Течение беременности и родов у женщин, получивших разрешение на производство аборта и отказавшихся от него, Вопросы материнства и младенчества, № 10, 1949 г., стр. 40—43.

Годунова Н. К.,

Клиника родов и послеродового периода у сердечных больных, Акушерство и гинекология, № 3, Медгиз, М. 1950 г., стр. 28—34.

Годунова Н. К.,

Влияние заболеваний сердечно-сосудистой системы на течение беременности и ее исход, Внутренняя патология и беременность, Госиздат, УССР, 1955 г.

Гришева К. А.,

Влияние беременности на нормальное сердце в свете клинко-рентгенокимографического исследования, Дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук, Ленинград 1947 г.

Динец Б. Я.,

Беременность и роды при пороках сердца, Вопросы материнства и младенчества, № 11, 1938 г., стр. 37—46.

Дорон Д. Я.,

Артериальное кровяное давление при родах и послеродовом периоде, Акушерство и гинекология, № 5, 1948 г., стр. 10—13.

Дорон Д. Я.,

К вопросу о родах при болезнях сердца, Акушерство и гинекология, № 5, изд. ОГИЗ биомедгиз, М. 1936 г.

Егоров Б. А.,

Функциональная патология сердца беременных и ее отношение к обезболиванию родов, Обезболивание родов, М. 1938 г., стр. 44—51.

Жевахов С. В.,

К вопросу об изменении сердца во время беременности, Дисс., СПб 1912 г., стр. 114, Серия дисс. № 39

Жордания И. Ф.,

Учебник акушерства для мединститутков, Медгиз, М. 1955 г., стр. 86.

Зеленин В. Ф.,

О взаимоотношениях между беременностью и сердечно-сосудистым аппаратом, Гинекология и акушерство, № 1, 1923 г., стр. 38—58.

Зельцерман Е. С.,

Опыт клинической оценки знания органических пороков сердца при беременности, Советская медицина, № 23, 1939 г., стр. 37—39.

Ильинская Н. К.,

О ведении беременности и родов при сердечно-сосудистых заболеваниях, IX научная сессия, Ленинград, АМН, Институт акушерства и гинекологии, Тезисы, стр. 60.

Инденбаум С. С.,

Клиника органических пороков сердца при беременности, Акушерство и гинекология, № 11, 1938 г., стр. 6—7.

Исаев А. С.,

Декомпенсированные пороки сердца и беременность, Труды научно-исследовательского института, Свердловск 1934 г.

Козлова Н. Е.,

Беременность и пороки сердца, Вопросы клиники и патологии сердечно-сосудистой системы, Вып. I, Курск, Облгизиздат, 1951 г., стр. 26—30.

Кончаловский М. П.,

Недостаточность кровообращения и беременность, Советская медицина, № 9, 1938 г., стр. 3—6.

Костюченко О. И.,

Обезболивание родов у сердечных больных методом психопрофилактики, Внутренняя патология и беременность, Госмедиздат УССР, 1955 г., стр. 61.

Кузнецова М. П.,

Среднее кровяное давление при нормальной и патологической беременности, Иркутск 1945 г., Серия дисс. № 968.

Куршаков Н. А.,

Беременность, Кровообращение нормальное и патологическое, Воронеж 1933 г., изд. Коммуна, стр. 188.

Кутумова Г. М.,

Состояние сердечно-сосудистой системы у беременных женщин, Сборник трудов акушерско-гинекологической клиники, Ташкент 1947 г., стр. 13—21.

Ланг Г. Ф.,

Влияние беременности и родов на кровообращение при нормальных и патологических условиях, Руководство по внутренним болезням, Медгиз, 1957 г., стр. 467.

Лебедев А. Ю.,

К вопросу о беременности при заболеваниях сердца, Сборник трудов, посвященный памяти заслуженного деятеля наук Аствацатурова, Л. 1937 г., стр. 320—331.

Леви М. Ф.,

Осложнения беременности и родов пороками сердца, СПб 1911 г.

Лурье А. Ю.,

Пороки сердца в оценке работы консультации для беременных, Журнал акушерства и женских болезней, т. X, кн. 2, 1929 г., стр. 262—276.

Львов И. М.,

Пороки сердца и беременность, Из лекции по патологии беременности, Отдел еженедельника, СПб 1895 г., стр. 38.

Малькова М. В., Дударева М. В. и Моисеева Е. Н.,

Беременность и митральная болезнь, IX научная сессия Института акушерства и гинекологии АМН, Тезисы, 1957 г., стр. 90.

Мартышин М. Я.,

Беременность и роды у женщин с врожденными пороками сердца, IX научная сессия Института акушерства и гинекологии АМН, Ленинград 1957 г., Тезисы, стр. 93.

Махмудбекова М. К.,

Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность по материалам I акушерско-гинекологической клиники Азербайджанского мединститута за 11 лет (1946—1956 гг.), IX научная сессия Института акушерства и гинекологии АМН, Ленинград 1957 г., Тезисы, стр. 94.

Мельников А. И.,

Некоторые данные по вопросу о кровяном давлении во время беременности, родов и в послеродовом периоде, Журнал усовершенствования врачей, № 10, 1925 г., стр. 620.

Митерев Г. А.,

Забота о матери и ребенке—важнейшая государственная задача, Наркомздрав СССР, 1944 г., стр. 3—14, 43—58.

Мишин В. А. и Сахаров Л. С.,

Беременность и роды при болезнях сердца, Сборник научных работ по акушерству и гинекологии, Одесса 1925 г., стр. 266—280.

Молчанова О. П. и Кочергинский А. З.,

Газовый, азотистый и минеральный обмен у женщин в период беременности, Вопросы питания, т. VIII, № 6, 1939 г., стр. 19—30.

Нефедов В. В.,

Органические сердечно-сосудистые заболевания и беременность, «Русская клиника», 1926 г., октябрь, т. 6, № 30, стр. 518—533.

Николаев А. П.,

Учение И. П. Павлова и важнейшие проблемы акушерства и гинекологии, Изд. АМН СССР, стр. 5—39.

Николаев А. П.,

Беременность и роды у женщин с заболеванием сердечно-сосудистой системы, Акушерство и гинекология, № 2, 1952 г., стр. 3—10.

Николаев Н. М.,

Научное обоснование диетического режима для беременных женщин, Вопросы материнства и младенчества, № 2, 1937 г., стр. 3—9.

Рыбкина Н. Ф.,

Беременность, роды и отдаленные их результаты у женщин с заболеванием сердца, Дисс., 1952 г.

Рыбкина Н. Ф.,

Ревматические заболевания сердца и беременность, Вопросы ревматизма в Горьковской области, изд. 1954 г.

Рыбкина Н. Ф.,

Гемодинамические наблюдения над состоянием сердечно-сосу-

- дистой системы у здоровых рожениц во время родов и после них, *Акушерство и гинекология*, № 5, 1954 г.
- Сайкова В. В.*,
Состояние гемодинамики и протоплазмодинамики у беременных, больных «митральной болезнью» на разных этапах беременности, *Ученые записки*, Вып. 1, 10, Госмедиздат УССР, Киев 1951 г., стр. 90—100.
- Сайкова В. В.*,
Клинические данные о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы беременных как показатели поражения мышцы сердца (миокардит, миокардиодистрофия), Госмедиздат УССР, 1955 г.
- Сайкова В. В.*,
Влияние беременности на кровообращение здоровых женщин, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, Сб. «Очерки акушерской патологии и оперативного акушерства», М. 1953 г.
- Салганник Г. М. и Бронштейн Э. Н.*,
Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях, Николаев А. П. «Основы организации и работы родильного стационара», Медгиз, 1950 г., стр. 295—309.
- Сегаль Т. Г.*,
К вопросу характеристики изменений размеров сердца при беременности, Дисс. на степень канд. мед. наук, 1944 г.
- Селицкий С. А.*,
Физиология беременности, Изменения в организме женщины во время беременности, Иваново 1934 г., стр. 3—24.
- Скробанский К. К.*,
Значение эндокринных желез в физиологии и патологии женской половой сферы, *Клиническая эндокринология* под ред. М. Х. Бреймана, Ленинград 1930 г., отд. X, стр. 454—479.
- Строганов В. В.*,
Важнейшие осложнения беременности и родов, Госиздат, М.—Л. 1928 г., стр. 84—144.
- Сум-Шик Е. Р.*,
Пиелиты и пиелиты беременных, Медгиз, 1956 г.
- Сухинин П. Л., Павлова Л. С., Мельбарт З. М.*
Изменения сердечно-сосудистой системы при беременности, Сборник научно-исследовательских работ комиссии содействия ученым, № 2, М. 1936 г., стр. 83—95.
- Сухинин П. Л.*,
Септические эндокардиты после родов и аборта, Дисс., М. 1953 г.
- Тарасевич П. Я.*,
Беременность, роды и послеродовой период при сердечно-сосудистых заболеваниях. IX научная сессия Института акушерства и гинекологии АМН, Ленинград 1957 г., Тезисы, стр. 132.
- Тарон М. Ф.*,
Беременность и сердце, *Терапевтический архив*, Вып. 2, т. XXIV, 1952 г.
- Федорова Е. П.*,
Клиника и течение ревматических заболеваний сердца при беременности, Дисс. на соискание канд. мед. наук, Из факультетской терапевтической клиники, Хабаровск 1941 г.

- Фогельсон Л. И.**,
Особенности электрокардиограммы у женщин, Основы клинической электрокардиографии, Медгиз, 1957 г.
- Цукерман Г. Я.**,
Состояние сердечно-сосудистой системы при ревматических пороках сердца у беременных женщин, Вторая Поволжская конференция терапевтов, Тезисы и авторефераты. Саратов 1959 г.
- Черепяхин Г. К.**,
К методике экспериментальных работ на матке, экспериментальное исследование с оценкой главных методов работы на матке и метод автора, Труды Северо-Кавказской ассоциации научно-исследовательских институтов, № 82, Ростов-на-Дону 1930 г.
- Черепяхин Г. К., Лебедев Н. П.**,
Гистерокимография и способы ее применения в акушерстве и гинекологии, Горьковский государственный медицинский институт, Горький 1939 г.
- Чертков Р. А.**,
Осложнения беременности и родов, Диагностика и лечение, Воронежское областное книжное издательство, 1939 г., стр. 258—320.
- Шапиро И. Б.**,
Динамика венозного давления у беременных до и после родов, Венозное давление, ч. I. М.—Л. 1937 г., стр. 67—85.
- Шварцман Ф. М.**,
Беременность и сердечно-сосудистая система, Московский медицинский журнал, № 4, 1928 г., стр. 53—65.
- Яковлев И. И.**,
Органические заболевания сердца и беременность, Изд. Охраны материнства и младенчества, М., 1928 г., стр. 3—44.
- Bauch B.**, „Endocarditis und graviditat“, Lbl. f. Gyn. 1919.
- Evers W.**, „Herzfehler in der Schwangerschaft und ihr Einfluß auf der Geburtsverlauf“ Ltschr. arztl. Fortb., 1956, 17, 717—720.
- Hall J. E., Knapp R. Ch.**, „Mitral commissurotomy in pregnancy“ Amer. j. obst. a. gynecol., 1956, 72, 5, 970—973.
- Halonen P. J., Seppala T., Punsars S.**, „Coarctation of the aorta and pregnancy“. Acta med. Scandinav, 1956, 156, 2, 85—90.
- Hueber E., Thaler H.**, „Über Grundlagen und Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung bei Herzkranken“. Wien. Klin. Wschr., 1956, 35, 681—684.
- Lloyd T. S, a. Willis J. G.**, „Mitral valvulotomy during pregnancy“. Virginia med monthly, 1956, 83, 8, 340—342.
- Mendelson C. L.**, „Disorders of The heartblat during pregnancy“ Amer. j. obst. a. gynecol., 1956, 72, 6, 1268—1301.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие	3
Введение	4

Глава первая

Физиологические изменения в организме беременной женщины

Нервная система	7
Железы внутренней секреции	8
Обмен веществ	12
Особенности кроветворения	15
Сердечно-сосудистая система	16
Органы дыхания	23
Пищеварительный аппарат	24
Печень	24
Почки	24

Глава вторая

Некоторые особенности гемодинамики у здоровых рожениц и родильниц

Артериальное давление	27
Венозное давление	28
Пульс	30
Электрокардиографические данные	37

Глава третья

Беременность и заболевания сердца

Состояние гемодинамики у беременных женщин с заболеваниями сердца	45
Комбинированный митральный порок сердца и беременность	54
Подготовка к родам и ведение их у женщин с комбинированным митральным пороком сердца	84

Срочные самопроизвольные роды у женщин с комбинированным митральным пороком сердца	87
Наложение акушерских щипцов у рожениц с комбинированным митральным пороком сердца	94
Возможные осложнения после родов	95
Операция кесарева сечения и показания к ней у беременных с комбинированным митральным пороком сердца	99
Преждевременные роды при комбинированном митральном пороке сердца	107
Летальность рожениц с комбинированным митральным пороком сердца	108
Состояние новорожденных у женщин с комбинированным митральным пороком сердца	109
Недостаточность кровообращения у родильниц с комбинированным митральным пороком сердца	111
Отдаленные результаты беременности и родов у женщин с комбинированным митральным пороком сердца	112
Выводы	117
Ведение беременности у женщин после операции митральной комиссуротомии	119
Недостаточность митрального клапана и беременность	136
Сопутствующие заболевания внутренних органов и беременность у женщин с недостаточностью митрального клапана	139
Исход беременности и родов у женщин с недостаточностью митрального клапана	142
Состояние новорожденных у женщин с недостаточностью митрального клапана	148
Отдаленные результаты родов у женщин с недостаточностью митрального клапана	149
Выводы	149
Беременность при заболеваниях мышцы сердца	150
Беременность при постинфекционной миокардиодистрофии	151
Исход беременности и родов у больных с миокардиодистрофией	152
Беременность у больных с пневмосклерозом, с легочно-сердечной недостаточностью	153
Миокардит и беременность	154
Беременность при миокардитическом кардиосклерозе	156
Выводы	159

Глава четвертая

Основные принципы ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями сердца

Ведение беременности у женщин с заболеваниями сердца	161
--	-----

Подготовка к родам беременных женщин с заболеваниями сердца	171
Ведение родов у женщин с заболеваниями сердца	172
Наблюдение за родильницей с заболеваниями сердца	174
Заклучение	178
Рекомендуемая литература по вопросу о заболеваниях сердца и беременности	179

akusher-lib.ru

Нина Федоровна Рыбкина

**ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА
И БЕРЕМЕННОСТЬ**

Редактор *Л. Ф. Гаранина.*

Худож. редактор *Л. И. Немченко.*

Техн. редактор *К. А. Захаров.*

Корректор *Т. И. Пелевина.*

Изд. № 3198. Подписано к печати
10/II 1960 г. МЦ 01747. Бумага
84 × 108 $\frac{1}{2}$ —11,75 (9.635) печатных—
10,02 уч.-изд. листа.
Тираж 10 000 экз.

Заказ № 5350. Цена 5 р. 50 к.

Горьковское книжное издательство,
г. Горький, Кремль, 2-й корпус.

Типография изд-ва «Горьковская
правда», г. Горький, ул. Фигнер, 32.

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
41	7 сверху	T_{II}, T_{III}	ST_{II}, ST_{III}
45	8 сверху	75	76
101	25 снизу	$P_{CRIV-CR}$	$P_{CRIV-CR_V}$
101	26 снизу	(+10)	(+4)
109	13 снизу	гипертрофию	гипотрофию

На стр. 58 головку к таблице следует читать:

б/н.	0/1	1/1	1/2	2/2	2/3	б/н.	0/	1/1	1/2	2/2	2/3
------	-----	-----	-----	-----	-----	------	----	-----	-----	-----	-----

На стр. 124 в подписи к рис. 18а на 4-й строке сверху вместо PCR_V следует читать: P_{CR_V} .

Зак. 5350.