

**СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ВАГІТНИХ З ПЕРВИННОЮ ЛЕГЕНЕВОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ****Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України**

СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ВАГІТНИХ З ПЕРВИННОЮ ЛЕГЕНЕВОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ – Первинна легенева гіпертензія є рідкісним захворюванням з тяжким перебігом та дуже високою материнською летальністю.

В статті наведені дані про 12 вагітних з первинною легеневою гіпертензією, які знаходились на обстеженні, лікуванні і родорозрішенні у відділі серцево-судинної патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України.

Встановлено, що частота ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок з ПЛГ значно вища, ніж у здорових.

Запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів у жінок з ПЛГ і серцевої недостатності.

**СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БЕРЕМЕННЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ** – Первичная легочная гипертензия является редким заболеванием с тяжелым ходом и очень высокой материнской летальностью.

В статье приведены данные о 12 беременных с первичной легочной гипертензией, которые находились на обследовании, лечении и родоразрешении в отделении сердечно-сосудистой патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины.

Установлено, что частота осложненной беременности, родов, послеродового периода у женщин с ПЛГ значительно выше, чем у здоровых.

Предложен комплекс лечебно-профилактических мероприятий у женщин с ПЛГ и сердечной недостаточностью.

**HEART FAILURE IN PREGNANT WITH PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION** – Primary pulmonary hypertension (PPH) is considered to be a severe disease with high (nearly 100 %) maternal mortality.

This publication presents the data about 12 pregnant with primary pulmonary hypertension, who procured the observation, treatment and delivery in Department for Pregnant with Cardiovascular Pathology of Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of AMS of Ukraine.

The frequency of complications of pregnancy, delivery and post partum period in women with PPH is significantly higher than in healthy women.

We propose the medical-prophylaxis complex for women with PPH and heart failure.

**Ключові слова:** первинна легенева гіпертензія, серцева недостатність, вагітність, пологи, лікування.

**Ключевые слова:** первичная легочная гипертензия, сердечная недостаточность, беременность, роды, лечение.

**Key word:** primary pulmonary hypertension, heart failure, pregnancy, delivery, treatment.

**ВСТУП** Первинна легенева гіпертензія (ПЛГ) є рідкісним захворюванням, частота її складає 0,1-0,17 % усіх випадків легеневої гіпертензії [1]. Особливого значення проблема ПЛГ набуває під час вагітності, тому що це захворювання вражає, в основному, жінок фертильного віку і супроводжується дуже високою, за даними літератури [1] майже стовідсотковою летальністю.

ПЛГ характеризується наявністю вираженої легеневої гіпертензії при відсутності ознак паренхіматозного легеневого процесу, захворювань серця чи тромбоемболій гілок легеневої артерії [2].

Підвищення тиску в системі легеневої артерії при ПЛГ призводить до гіпертрофії правого шлуночка серця, його гемодинамічного перевантаження і згодом – до правошлуночкової серцевої недостатності.

Факторами, що призводять до наростання серцевої недостатності під час вагітності, є фізичне й емоційне перенапруження, підвищення метаболічних потреб органів і тканин [3], а також характерні для вагітних зміни гемодинаміки (збільшення обсягу циркулюючої крові, серцевого викиду, частоти серцевих скорочень, ударного об'єму) [4].

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ** У відділі серцево-судинної патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України протягом 20 років знаходилося на обстеженні, лікуванні і родорозрішенні 12 вагітних з первинною легеневою гіпертензією.

Аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду у жінок із ПЛГ показав, що частота ускладнень при даній патології значно вища, ніж у здорових.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Так, ранні токсикози у вагітних із ПЛГ мали місце в 66 % випадків проти 4,2 % у здорових ( $p < 0,001$ ), пізні гестози – 33,4 % і 3,3 % відповідно ( $p < 0,05$ ), загроза переривання вагітності 75 % і 12 % ( $p < 0,01$ ). Швидкі і стрімкі пологи відбулися в 42,85 % випадків. Відзначено велику кількість тромбоемболічних ускладнень у післяпологовому періоді (14,28 % проти 0,6 % у здорових).

Стан новонароджених у жінок із ПЛГ істотно відрізнявся від стану дітей здорових матерів у бік погіршення показників.

У немовлят від матерів із ПЛГ відзначалися відхилення від фізіологічного перебігу періоду ранньої постнатальної адаптації у вигляді синдрому дихальних розладів, порушень системи кровообігу і неврологічного статусу.

Зі збільшенням терміну вагітності у всіх жінок (100 %), що спостерігались нами, відзначалося наростання симптомів серцевої недостатності: значно підсилювалася задишка (задишка в спокої), наростав ціаноз, з'являлися периферичні набряки і гепатомегалія. Хворі скаржилися на слабкість, стомлюваність. У 45 % вагітних визначався набряк шийних вен.

Материнська летальність у жінок з ПЛГ в нашій клініці становила 25 %.

У вирішенні практичних акушерських питань у вагітних з ПЛГ (можливість виношування вагітності чи необхідність її переривання в ранні або пізні терміни, метод і термін родорозрішення) основними критеріями варто вважати ступінь легеневої гіпертензії і стадію серцевої недостатності.

Оскільки ступінь легеневої гіпертензії, за нашими даними, збільшується під час вагітності, ми наводимо ступені легеневої гіпертензії, які ми використовуємо у своїй роботі.

Так, I ступінь легеневої гіпертензії становить не більш як 40 мм рт.ст., II ступінь – 41-60 мм рт.ст., III ступінь – 61-80 мм рт.ст., IV ступінь – більше 80 мм рт.ст.

Наявність високої легеневої гіпертензії II-IV ступенів є абсолютним протипоказанням для виношування вагітності і показанням для переривання її в ранній термін.

Показаннями для переривання вагітності в пізній термін (до 28 тижнів) є прогресуюча серцева недостатність, що не піддається медикаментозній корекції, тяжкі порушення серцевого ритму і ПЛГ III-IV ст.

Лікування вагітних із ПЛГ повинно бути комплексним і містити в собі медикаментозні засоби, що впливають на основні патофізіологічні механізми формування ПЛГ (вазоконстрикцію, проліферацію інтими і порушення згортання крові), а також засоби лікування серцевої недостатності.

Вагітним із ПЛГ рекомендується обмеження фізичної активності, споживання солі з їжею не більш 5-6 г на добу, рідини до 700-800 мл на добу.

Лікування високої легеневої гіпертензії і серцевої недостатності вагітних із ПЛГ можна проводити препаратами наступних груп:

- 1) периферичні вазодилатори:
  - веноларні (молсидомін 1-2 мг 3 рази на добу);
  - артеріолярні (апресин 50 мг 2-3 рази на добу)
- 2) антагоністи кальцію:
  - ніфедипін до 20-40 мг 4 рази на добу;
- 3) бронходилатори:
  - теофілін, еуфілін 5-7 мл 2,4 % розчину на глюкози в/в, 1 мл 24 % в/м 2 рази на добу, 0,15 г 2-3 рази на добу;
- 4) антикоагулянти:
  - гепарин – 2,5-5 тис. ОД. 4 рази на добу підшкірно під контролем згортання крові;

- фраксипарин – 0,3 мл підшкірно 1 раз на добу;
- 5) антиагреганти:
- ацетилсалцилова кислота – 100 мг на добу;
- дипіридамом – 50-75 мг 3 рази на добу;
- 6) сечогінні препарати (короткими курсами при проявах правошлуночкової недостатності).

**ВИСНОВКИ** Таким чином, при ПЛГ вагітність і пологи супроводжуються значним числом ускладнень у матері, плода і новонародженого, погіршують перебіг ПЛГ, призводять до наростання симптомів серцевої недостатності, розвитку тромбоемболічних ускладнень, а нерідко можуть стати причиною смерті вагітної чи породіллі.

Своєчасне й адекватне лікування легеневої гіпертензії і серцевої недостатності у вагітних із ПЛГ сприяє сприятливому перебігу вагітності і пологів.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Беленков Ю.Н. Первичная легочная гипертензия. – М.: Нолідж, 1999. – 144 с.
2. Graine S.P., Rubin L.J. Primary pulmonary hypertension // Lancet. – 1998 – V. 352, N 9129. – P. 719-721.
3. Гаврисюк В.К., Ячник А.И. Хроническое легочное сердце. – Киев, 1997. – 96 с.
4. Гутман Л.Б., Лукьянова И.С. Сердечная недостаточность у беременных – одна из ведущих причин материнской и перинатальной патологии и смертности // Збірник наукових праць. Асоціація акушерів-гінекологів України. – К.: Фенікс, 2001. – С. 192-194.

УДК 618.3:616.12–008.46:613.25–009.11

Лиманська А.Ю., Близнюк З.В.

**СТАН ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ДАНИМИ РІВНЯ КОРТИЗОЛУ, ТТГ, Т3, Т4 У ВАГІТНИХ З ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ**

**Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, відділення серцево-судинної патології вагітних**

СТАН ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ ЗА ДАНИМИ РІВНЯ КОРТИЗОЛУ, ТТГ, Т3, Т4 У ВАГІТНИХ З ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ – Щитоподібна залоза відіграє одну з провідних ролей в функціонуванні репродуктивної системи жінки. Захворювання щитоподібної залози нерідко ускладнюють перебіг вагітності та пологів. Дисбаланс тиреоїдних гормонів під час гестації призводить до змін обмінних процесів і є однією з причин невиношування вагітності, хронічної плацентарної недостатності, затримки внутрішньоутробного росту плода і виникнення вроджених вад його розвитку. З іншого боку, гіперфункція щитоподібної залози призводить до різноманітних порушень серцевого ритму, серед яких екстрасистолічна аритмія (частіше шлуночкова), миготлива аритмія. Всі жінки з серцевими аритміями потребують ретельного дослідження стану щитоподібної залози з метою виявлення патології останньої та можливої причини порушення серцевого ритму.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПО ДАННЫМ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА, ТТГ, Т3, Т4 У БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА – Щитовидная железа играет одну из ведущих ролей в функционировании репродуктивной системы женщины. Заболевания щитовидной железы нередко осложняют ход беременности и родов. Дисбаланс тиреоидных гормонов во время гестации приводит к изменениям обменных процессов и является одной из причин невынашивания беременности, хронической плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного роста плода и возникновения врожденных пороков его развития. С другой стороны, гиперфункция щитовидной железы приводит к разнообразным нарушениям сердечного ритма, среди которых экстрасистолическая аритмия (чаще желудочковая), мерцающая аритмия. Все женщины с сердечными аритмиями нуждаются в тщательном исследовании состояния щитовидной железы с целью обнаружения патологии последней и возможной причины нарушения сердечного ритма.

STATE OF ENDOCRINE SYSTEM BY THE DATA OF LEVEL OF CORTIZOL, TTG, T3, T4 IN PREGNANT WOMEN WITH HEART RHYTHM DISORDERS – The thyroid gland plays one of the most important roles in female reproductive system functioning. The diseases of thyroid gland are able to cause complications in pregnancy and delivery periods. The dysbalance of thyroid hormones during the gestation leads to metabolic changes and is one of the causes of prematurity, chronic placental insufficiency, fetal growth retardation and inherited malformation of its development. The hyperfunction of thyroid gland leads to different disorders of heart rhythm among which is extrasystolic arrhythmia (more often ventricular), celler arrhythmia. All the women with heart arrhythmia demand the deep study of thyroid state with the aim of revealing its pathology and possible cause of heart rhythm disorders.

**Ключові слова:** щитоподібна залоза, вагітність, серцеві аритмії, кортизол, тироксин.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, беременность, сердечные аритмии, кортизол, тироксин.

**Keywords:** thyroid, pregnancy, cardiac arrhythmias, korytzol, tyroksyn.

**ВСТУП** В останній час намічається тенденція до збільшення екстрагенітальної патології у вагітних жінок. Досвід ведення вагітних із захворюваннями серцево-судинної

системи свідчить про те, що відхилення від фізіологічного перебігу вагітності при серцево-судинних захворюваннях, зокрема порушеннях серцевого ритму, зустрічаються в 5-7 разів частіше, ніж в загальній популяції [1]. У цих вагітних частіше відмічаються гіпоксія плода, загроза переривання вагітності, передчасні пологи. Залишається високим рівень перинатальної смертності, частота якої значною мірою визначається тяжкістю та перебігом загального захворювання матері [1].

Фізіологічний перебіг гестаційного процесу потребує значної перебудови нейроендокринного статусу жінки, що необхідно для створення оптимальних умов для внутрішньоутробного розвитку плода. Екстрагенітальна патологія, зокрема, серцево-судинна, виступає як додатковий стресорний фактор, що може негативно впливати на гормональні взаємозв'язки в системі мати-плацента-плід і сприяти збільшенню частоти ускладнень вагітності та пологів [2].

Щитоподібна залоза – одна з найважливіших ланок нейроендокринної системи, яка впливає на репродуктивну функцію жінки. Захворювання щитоподібної залози нерідко ускладнюють перебіг вагітності та пологів. Дисбаланс тиреоїдних гормонів під час гестації призводить до змін обмінних процесів і є однією з причин невиношування вагітності, хронічної плацентарної недостатності, затримки внутрішньоутробного росту і вроджених вад розвитку плода [3]. З іншого боку гіперфункція щитоподібної залози призводить до різноманітних порушень серцевого ритму, серед яких екстрасистолічна аритмія (частіше шлуночкова), миготлива аритмія.

Початок формування щитоподібної залози відноситься до 2-3 тижня внутрішньоутробного розвитку людини. Щитоподібна залоза рано починає синтезувати та секретувати тиреоїдні гормони. Плацента відіграє важливу роль в материнсько-фетальній системі для тиреоїдних гормонів, вона транспортує та метаболізує материнські тиреоїдні гормони паралельно з процесами транспорту гормонів фетальної щитоподібної залози в материнський кровотік.

Утворення та виділення гормонів щитоподібної залози (тироксину (Т4) та трийодтироніну (Т3)) стимулюється тиреотропними гормонами (ТТГ) передньої частки гіпофіза. Секреція ТТГ гіпофізом регулюється за принципом зворотнього зв'язку: при підвищенні концентрації тиреоїдних гормонів в крові викид ТТГ зменшується, при зниженні підвищується. Тиреоїдні гормони впливають на різноманітні види обміну, на різні органи та тканини. Вагітність супроводжується посиленням функції щитоподібної залози та підвищенням