



Ведение родов у беременных с бронхиальной астмой

И. О. ШУГИНИН, Т. Г. ТАРЕЕВА, А. А. ЕФАНОВ, И. И. КЕРШАНСКИЙ, Н. А. РАСПОПИНА, Н. В. БИРЮКОВА.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии МЗ РФ (директор — член-корр. РАМН, проф. В. И. Краснопольский).

Болезни органов дыхания занимают наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями ведущее место в структуре причин смертности населения. Бронхиальная астма является наиболее распространенным заболеванием легких. Около 150 млн. человек на земле страдает этим недугом, причем в настоящее время отмечается постоянный рост числа таких больных. Бронхиальная астма занимает одно из ведущих мест в России (в Московской области — лидирующее) среди причин заболеваемости и временной нетрудоспособности. От 0,4% до 4% беременных женщин страдает бронхиальной астмой (Краснопольский В. И., Шугинин И. О., 2000; Sleiman C. et al., 1995).

В России изучению особенностей течения беременности и родов у таких больных уделялось незаслуженно мало внимания. Отсутствуют научно обоснованные способы прегравидарной подготовки, методы профилактики акушерских и перинатальных осложнений во время беременности. Данные об особенностях течения родов у женщин с бронхиальной астмой и рекомендации по выбору наиболее целесообразного метода родоразрешения вовсе отсутствуют.

В зарубежной литературе указывается на большое число перинатальных и акушерских осложнений у пациенток с обострениями заболевания во время беременности. Делается вывод о необходимости адекватного контроля за течением астмы у беременных. При этом отмечается, что при ремиссии болезни роды протекают как обычно и не требуют каких-либо особых дополнительных мероприятий. Вопросы ведения родов при тяжелом течении бронхиальной астмы с обострениями во время беременности, при астматическом статусе во время беременности, при бронхиальной астме физического напряжения остаются в тени. Нет общепринятых и научно обоснованных показаний к кесареву сечению у таких больных.

Нами проведено обследование, подготовка к родам и родоразрешение 217 беременных с бронхиальной астмой различной степени тяжести. У 16 женщин отмечено тяжелое течение бронхиальной астмы. Восемь из них имели в анамнезе астматический статус. У двух астматический статус развился во время данной беременности. Все эти пациентки получали базовую противовоспалительную терапию глюкокортикоидами. Три беременные в связи с недостаточным эффектом от ингаляционных препаратов получали таблетирован-

ный преднизолон в дозе до 50 мг/сутки (10 таблеток).

Бронхиальная астма среднетяжелого течения наблюдалась у 84 беременных. Адекватную базовую противовоспалительную терапию с использованием ингаляционных глюкокортикоидов получали 36 из них. У 48 пациенток этой группы был выраженный бронхообструктивный синдром в связи с тем, что они самовольно отменили проводимое до беременности лечение из-за боязни неблагоприятного влияния лекарственных препаратов на плод. К сожалению, следует отметить, что в ряде случаев лечение отменялось по этой же причине лечащим врачом, акушером-гинекологом или пульмонологом. Остальные 114 беременных страдали бронхиальной астмой легкого течения. У пятерых из обследованных пациенток приступы бронхиальной астмы провоцировались физической нагрузкой.

Проводилось общеклиническое обследование, оценка состояния фетоплацентарной системы по данным КТГ, УЗИ, доплерометрии плодовых и плацентарных сосудов, исследование гормонов фетоплацентарного комплекса, изучение функции внешнего дыхания с определением форсированной жизненной емкости легких, объема форсированного выдоха за одну секунду, индекса Тиффно, пиковой скорости выдоха, также оценивалась скорость выдоха в момент выдоха 25%, 50% и 75% объема. Проводилась эхокардиография с изучением выбросов левого и правого желудочков, фракции выброса, минутного объема кровообращения, общего периферического сопротивления.

Анализ течения беременности и родов показал, что у беременных с бронхиальной астмой часто наблюдались различные осложнения беременности: гестоз развивается в 45,6%, угроза прерывания беременности встречается в 27,2%. Более чем у 53% женщин с бронхиальной астмой имеется внутриутробное страдание плода — гипоксия, гипотрофия, синдром задержки развития. Среди новорожденных задержка внутриутробного развития плода отмечена в 29%, у 24,8% — нарушения мозгового кровообращения различного генеза; инфекционная заболеваемость составляет 28,1%. При сравнении особенностей течения беременности у больных с различным течением бронхиальной астмы установлено, что количество осложнений беременности связано не только с тяжестью течения болезни,

Ведение родов у беременных с бронхиальной астмой

Продолжение. Начало на 27-й стр.

но и со степенью ее медикаментозной компенсации и наличия обострений во время беременности. Наиболее неблагоприятным является обострение заболевания в третьем триместре беременности и особенно в последние дни перед родами, так как имеется высокий риск развития бронхоспазма в родах. Возникает необходимость в использовании в родах бронхолитических средств, ослабляющих сократительную деятельность матки. В ряде случаев требуется ограничение или исключение потуг во втором периоде родов.

В связи с этим при подготовке к родам беременных с бронхиальной астмой особое внимание нами уделялось терапии, направленной на компенсацию бронхообструктивного синдрома, с обязательным назначением базовой противовоспалительной терапии. При доношенной беременности и отсутствии достаточного времени для получения адекватного терапевтического эффекта наряду с ингаляционными глюкокортикоидами применяли парентеральное введение преднизолона с дальнейшим переходом на прием препарата внутрь. При необходимости проводилась общепринятая терапия осложнений беременности. С целью улучшения функции фетоплацетарной системы в комплекс лечебных мероприятий включали Эссенциале, ингаляции гепарина, ксантинола никотинат внутривенно капельно.

Течение родов у беременных с бронхиальной астмой легкой степени тяжести и при среднетяжелой форме заболевания, получающих адекватную базовую противовоспалительную терапию и не имевших обострение астмы во время беременности, не имело достоверных отличий от такового у здоровых беременных. С целью осуществления полноценного наблюдения за характером родовой деятельности, состоянием рожениц и при необходимости быстрого оказания специализированной пульмонологической помощи, по возможности осуществлялось плановое родоразрешение при доношенной беременности. С целью родовозбуждения производилась амниотомия. Учитывая отягощенный аллергоанамнез, наличие аллергических реакций на различные лекарственные препараты, роды проводились под эпидуральной анестезией. Вместо метилэргометрина, обладающего бронхоспастическим эффектом, для профилактики кровотечения в конце второго периода родов использовали окситоцин.

Беременные с тяжелым течением заболевания и при бронхиальной астме среднетяжелого течения, не получающие во время беременности ба-

зовую терапию в нужном объеме, а также с астмой физического напряжения родоразрешены через естественные родовые пути по разработанной в клинике методике.

Перед родовозбуждением производилась пункция и катетеризация эпидурального пространства в грудном отделе на уровне Th7-Th8 с введением 0,125% раствора маркаина, обеспечивающего выраженный бронхолитический эффект. Затем производилось родовозбуждение методом амниотомии. Поведение роженицы в этот период было активное.

С началом регулярной родовой деятельности начиналось обезболивание родов путем эпидуральной анестезии на уровне L1-L2. С целью укорочения второго периода родов производилась эпизиотомия.

Введение анестетика с пролонгированным действием в низкой концентрации на уровне Th7-Th8 не ограничивало подвижность женщины, не ослабляло потуги во 2-м периоде родов, оказывало выраженный бронхолитический эффект и позволило создать своего рода гемодинамическую защиту.

Отмечен положительный эффект от проведенной бронхолитической медикаментозной терапии при подготовке к родам. В родах эпидуральная анестезия на уровне Th 7-Th 8 позволяет усилить бронхолитический эффект, полученный от проведенной медикаментозной терапии. После прекращения действия анестетика в послеродовом периоде происходит некоторое снижение объемных скоростей выдоха. Однако эти показатели остаются на более высоком уровне, чем были до начала родов.

При исследовании центральной гемодинамики было установлено, что на фоне эпидуральной анестезии на уровне Th7-Th8 у рожениц, страдающих бронхиальной астмой, происходит увеличение ударного выброса левого и правого желудочков, снижение общего периферического сопротивления.

При исследовании плодового кровотока выявлено снижение резистентности кровотоку в сосудах пуповины и аорте плода.

Полученные результаты свидетельствуют о гемодинамической разгрузке малого круга кровообращения. На этом фоне становится возможным самопроизвольное родоразрешение без исключения потуг рожениц с тяжелым течением бронхиальной астмы и наличием выраженных obstructивных нарушений.