

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-16>

Перинатальные исходы у беременных с фетальной аритмией и малыми аномалиями развития сердца плода

А. Родионова,
И. Игнатко, член-корреспондент РАН, профессор РАН,
 доктор медицинских наук, профессор
 Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)
E-mail: alexa_rig87@mail.ru

Рассматривается акушерская тактика при фетальной аритмии и малых аномалиях развития сердца плода. Дана характеристика перинатальных исходов при этой патологии плода. Предложены варианты улучшения перинатальных исходов.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, перинатология, аритмия, заболевания плода, малые аномалии развития сердца плода, перинатальные исходы.

Для цитирования: Родионова А., Игнатко И. Перинатальные исходы у беременных с фетальной аритмией и малыми аномалиями развития сердца плода // Врач. – 2019; 30 (5): 77–78. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-16>

Всезрастающее число гестационных осложнений, антенатальной патологии плода является основной причиной фатальных исходов (ФИ) в период младенчества и детства. Частота фетальных аритмий (ФА), хотя и невелика (3–8% наблюдений), но в структуре летальности новорожденных (составляющей 58–60% летальности детей до 14 лет), значительное место занимают именно нарушения сердечного ритма плода¹. Вообще же частота ФИ достигает 85%, при этом 1/3 из них обозначается авторами [1–5] как синдром внезапной гибели плода.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В родильном доме при Городской клинической больнице им. С.С. Юдина в период с 2008 по 2017 г. были обследованы 126 женщин в возрасте 19–38 лет [Me=27,61±0,7] с гестационным сроком 32–40 нед [Me=37,90±0,22]. Малые аномалии развития сердца (МАРС) плода и (или) ФА выявлены у 86 беременных. В структуре заболеваний сердца плода преобладали

¹Директор департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗ РФ Е.Н. Байбарина. Доклад «Вклад специалистов перинатальной медицины в снижение младенческой смертности», 2015.

аритмии (83,3%). МАРС плода наблюдались у 16,6% женщин².

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство (66,7%) пациенток с ФА и МАРС плода были родоразрешены через естественные родовые пути, и лишь 1/3 выполнено кесарево сечение; 2 роженицам произведена операция наложения полостных акушерских щипцов. Показаниями к оперативному родоразрешению стали: хроническая гипоксия плода, в том числе – на фоне плацентарной недостаточности; порок сердца у плода (открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки); рубец на матке после операции кесарева сечения; тазовое предлежание плода; крупный плод; осложненный акушерский-гинекологический анамнез и первичное бесплодие.

Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1-й минуте составила 4–8 баллов (Me – 7,57±0,14 балла), на 5-й – 6–9 баллов (Me – 8,22±0,15 балла). У детей беременных, родоразрешенных через естественные родовые пути, оценка состояния на 1-й минуте составила 6–8 баллов (Me – 7,57±0,14 балла), на 5-й – 7–9 баллов (Me – 8,2±0,1 балла). Дети, рожденные путем кесарева сечения, имели оценку 4–8 баллов (Me – 6,85±0,18 балла) на 1-й минуте и 6–8 баллов – на 5-й (Me – 7,64±0,12 балла). Из новорожденных с сердечной патологией нарушения ритма сохранились только у 1 (2,3%) ребенка. Диагноз внутриутробного инфицирования (пневмония, инфекция неуточненной локализации, сопровождающаяся лейкоцитозом >25 • 10⁹/л) был поставлен 34% детей; 75% новорожденных проходили лечение в отделении реанимации, 57,6% из них были переведены на дальнейшее лечение в детские многопрофильные стационары.

Родоразрешение у 87,5% беременных без сердечной патологии плода проведено через естественные родовые пути. Показаниями к операции кесарева сечения у остальных 12,5% пациенток стали преждевременная отслойка плаценты, декомпенсированная плацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода.

Состояние новорожденных было оценено на 1-й минуте в 5–8 баллов (Me – 7,25±0,15 балла), на 5-й – в 7–9 баллов (Me – 8,38±0,12 балла). У детей, рожденных через естественные родовые пути, оценка на 1-й минуте составила 7–8 баллов (Me – 7,83±0,09 балла), на 5-й – 8–9 баллов (Me – 8,50±0,12 балла). После оперативного родоразрешения оценка на 1-й минуте была 5–8 баллов (Me – 6,4±0,57 балла), на 5-й –

²Детальная характеристика пациенток приведена в статье, опубликованной в журнале Врач №4, 2019 (Родионова А., Игнатко И. Стратификация факторов риска фетальной аритмии и малых аномалий развития сердца плода // Врач. – 2019; 30 (4): 53–7. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-04-09>).

7–8 баллов (Me – 7,20±0,22 балла); 7 (17,5%) новорожденных были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии в связи с недоношенностью (10%), мекониальной аспирацией (2,5%), неонатальной желтухой (2,5%), а также для динамического наблюдения после родов с троекратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи (2,5%); 5 из них в дальнейшем были переведены на лечение в многопрофильные детские стационары.

Наличие в группе женщин с сердечной патологией плода (у подавляющего большинства – 90,9% – ФА) потребовало выбора активной акушерской тактики; так, срочное кесарево сечение позволило добиться улучшения состояния новорожденных. Оценка их состояния по шкале Апгар в первые 5 мин жизни приближалась к таковой у детей без сердечной патологии ($p \geq 0,05$).

Отмеченная же более низкая оценка состояния новорожденных после кесарева сечения по сравнению с таковой у родившихся через естественные родовые пути ($p \leq 0,01$) не дискредитирует трансабдоминальное родоразрешение, а напротив, показывает его эффективность. Так, у этих пациенток операция зачастую выполнялась отсроченно, когда «внутриутробное страдание плода» (устаревшее выражение) продолжалось до 15 ч. Как представляется, в случае выполнения кесарева сечения в более ранние сроки перинатальные исходы при «неорганической» ФА приблизились бы к физиологическим значениям. В случае преждевременных родов и врожденных пороков сердца плода кесарево сечение способствовало снижению «родового стресса» у детей. Что касается операции наложения акушерских щипцов (у 2 наших рожениц), то мы рассматриваем ее как «операцию отчаяния» – когда момент кесарева сечения упущен, и врач пытается сохранить жизнь плоду (эталон акушерской помощи, действующий до середины прошлого века).

Перинатальные исходы у наших беременных с ФА и МАРС плода мы оцениваем как удовлетворительные. Так, у наших внутриутробных пациентов не было летальных исходов; лишь у 1 ребенка нарушение сердечного ритма сохранилось после рождения. Тяжесть состояния этих детей была обусловлена внутриутробным

инфицированием (34%), пороками развития сердца (27%) и недоношенностью (9%).

Проведенное исследование позволило нам определить пути улучшения перинатальных исходов при ФА и МАРС плода. Так, при нарушениях ритма сердца плода требуется активная акушерская тактика – выполнение кесарева сечения в срочном порядке. Считаем необходимым преодолеть сложившуюся в практическом акушерстве тенденцию к отсроченному трансабдоминальному родоразрешению, ведущую к неудовлетворительным перинатальным исходам.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/Reference

1. Котлукова Н.П., Хузина О.М., Прахов А.В. Фетальные и неонатальные аритмии. Лекции по педиатрии РГМУ [Kotlukova N.P., Khuzina O.M., Prakhov A.V. Fetal'nyye i neonatal'nyye aritmii. Leksii po pediatrii RGMU (in Russ.)]. URL: medvuz.com/mtd/1808/t4/3/php
2. Wacker-Gussman A., Strasburger F., Guneo B. et al. Diagnosis and treatment of Fetal Arrhythmia // Am. J. Perinatol. – 2014; 31 (7): 617–29. DOI: 10.1055/s-0034-1372430
3. Creasy R., Resnik R., Iams J. Chapter 23. Fetal cardiac malformations and arrhythmias. Maternal-fetal medicine. Principles and Practice / PA.: Elsevier Saunders, 2014; 281–325.
4. James D., Steer Ph., Weiner C. et al. Chapter 15. Fetal cardiac arrhythmias: diagnosis and therapy. High risk pregnancies: Management options. 4th Ed. / PA.: Elsevier Saunders, 2011; 239–53.
5. Бокерия Е.Л. Фетальные и неонатальные аритмии (клиника, диагностика, лечение). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2012; 427 [Bokeriya Ye.L. Fetal'nyye i neonatal'nyye aritmii (klinika, diagnostika, lecheniye). Dis. ... d-ra med. nauk. M., 2012; 42 (in Russ.)].

PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH FETAL ARRHYTHMIAS AND MINOR FETAL CARDIAC MALFORMATIONS

A. Rodionova; Professor **I. Ignatko**, MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor of the Russian Academy of Sciences
I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

The paper considers obstetric tactics for fetal arrhythmias and minor fetal cardiac malformations. It characterizes perinatal outcomes in this pathology of the fetus. Options for improving perinatal outcomes are proposed.

Key words: obstetrics and gynecology, perinatology, arrhythmia, fetal diseases, minor fetal cardiac malformations, perinatal outcomes.

For citation: Rodionova A., Ignatko I. Perinatal outcomes in pregnant women with fetal arrhythmias and minor fetal cardiac malformations // *Vrach.* – 2019; 30 (5): 77–78. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-05-16>