

# ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЗМА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ

## Машарипова Р.Т.

*Машарипова Роза Тельмановна – старший преподаватель,  
кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии,  
Ургенчский филиал  
Ташкентская медицинская академия, г. Ургенч, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в Узбекистане проблема болезней ревматической этиологии у беременных женщин остается актуальной. В Республике улучшение экономических, культурных, социальных возможностей и медицинской помощи снижает частоту ревматизма и связанной с ним тяжелой патологии сердца. Прогрессирующий процесс в сердце, индуцированный ревматизмом, развитие застойной сердечной недостаточности существенно влияют на течение беременности, родов и послеродового периода, являются при-чиной высокой перинатальной заболеваемости и смертности.. Улучшение исходов для матери и плода может быть обеспечено своевременной оценкой патологии.

**Ключевые слова:** ревматизм, беременность, туберкулез, смертность, пороки сердца.

# THE COURSE OF RHEUMATISM IN PREGNANT WOMEN OF FERTILE AGE IN THE KHOREZM REGION

## Masharipova R.T.

*Masharipova Roza Telmanovna - Senior Lecturer,  
DEPARTMENT OF HOSPITAL AND POLYCLINICS PEDIATRICS,  
URGENCH BRANCH  
TASHKENT MEDICAL ACADEMY, URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

**Abstract:** women with rheumatic heart disease are at risk of cardiovascular decompensation in pregnancy. Rheumatic heart disease in pregnancy is outlined in this review. Women with rheumatic heart disease in pregnancy are optimally managed by team specialists including an obstetrician, cardiologist and cardiothoracic surgeon. The use of antibiotics to prevent bacterial endocarditis is discussed. Improvement of maternal and fetal outcomes can be ensured by timely diagnosis of pathology. In the Xorezm region were 4 maternal deaths in 2020 years and only 3 maternal deaths in 2021 years from rheumatic heart.

**Keywords:** rheumatism, pregnancy, tuberculosis, mortality, heart disease..

УДК 616-002.77 (571.56)

Актуальность: Ревматизм — системное заболевание соединительной ткани аутоиммунного характера, главная причина тяжелых приобретенных пороков сердца. Индуктор заболевания стрептококковая инфекция, чаще возникающая в детском возрасте [1]. Во всем мире ревматическая патология относится к социальным болезням: улучшение экономических, культурных, социальных возможностей и медицинской помощи снижает частоту ревматизма и связанной с ним тяжелой патологии сердца [2]. Тем не менее проблема пороков сердца ревматической этиологии у беременных женщин остается актуальной [3]. Прогрессирующий процесс ремоделирования сердца, индуцированный ревматизмом, развитие застойной сердечной недостаточности существенно влияют на течение беременности, родов и послеродового периода, являются причиной высокой перинатальной заболеваемости и смертности [5]. Неблагоприятное влияние на состояние плода оказывают и многие препараты, назначаемые с целью лечения застойной сердечной недостаточности и профилактики тромбоэмболических осложнений [4]. Улучшение исходов для матери и плода может быть обеспечено своевременной оценкой всей совокупности патологии, правильным решением о допустимости беременности на этапе ее планирования, совместным ведением акушером и кардиологом. Различные серотипы стрептококка А, возбудители фарингитов, тонзиллитов, скарлатины, кожных пиодермий способствуют поражению соединительной ткани [4]. Клеточная мембрана стрептококка группы А (*Streptococcus pyogenes*) содержит белок, обладающий высокими антигенными свойствами. Антитела, вырабатываемые к этому антигену, могут вступать в перекрестные реакции с миозином, белком миофибрилл и гладких мышечных клеток артерий сердца [5]. Первая ревматическая атака, как правило, происходит через 3–4 недели после перенесенной стрептококковой инфекции и сопровождается развитием эндокардита с быстрым захватом в патологический процесс хорд и клапанов сердца, стенки аорты и других артерий. Поражение клапанов сопровождается расширением камер сердца, нарушается функция миокарда, развивается легочная гипертензия при митральном стенозе, прогрессируют процессы ремоделирования сердца гипертрофия миокарда вплоть до кардиомегалии и другие изменения. Возможно «бессимптомное» формирование порока сердца после перенесенной инфекции тонзиллит, фарингит, которое не сопровождается видимой клинической картиной ревматической атаки. При отсутствии адекватного лечения нередко возникают рецидивы ревматических атак, особенно частые в первые годы от начала заболевания.

Рецидивирующий эндокардит способствует дальнейшему утяжелению поражения сердечных клапанов и других структур сердца. Наиболее частые формы пороков сердца ревматической этиологии — изолированный митральный стеноз или митральный стеноз в сочетании с митральной регургитацией, недостаточность митрального клапана, реже развиваются аортальный стеноз и аортальная регургитация. Митральный стеноз сопровождается существенным повышением градиента разности давлений в левом предсердии и левом желудочке, что обусловлено препятствием току крови за счет сужения отверстия клапана. Повышение давления в левом предсердии неизбежно влечет за собой увеличение давления в легочной артерии с нарушением легочного кровообращения застой, отек, последующим увеличением давления в правом предсердии и недостаточностью функции правого желудочка. Характерными симптомами являются тахипноэ и ортопноэ, резкое снижение переносимости физических нагрузок, отек легких. Аортальный стеноз как следствие ревматизма встречается значительно реже, всегда сочетается с митральным стенозом. Клиническая картина зависит от степени поражения клапана: гемодинамически значимый стеноз отмечают при площади отверстия  $\leq 1,0$  см<sup>2</sup>. Следует отметить, что изолированное поражение аортального клапана, то есть не связанное с митральным стенозом, не может быть ревматической этиологии, а всегда обусловлено другими причинами, например, стеноз при двухстворчатом аортальном клапане. Митральная или аортальная регургитация ревматической этиологии также всегда сочетается с митральным и/или аортальным стенозом, а не бывает изолированной. Прогноз зависит от степени регургитации. Легкая и умеренная степени регургитации (I–II) обычно не вызывают осложнений во время беременности, тем более — на фоне ненарушенной функции левого желудочка. Возможно даже уменьшение значения регургитации, что связано со снижением периферического сосудистого сопротивления, характерным для беременности. В целом пациентки со стенотическими пороками сердца намного хуже переносят беременность, чем больные с регургитацией и нарушением замыкательной функции клапанов. Тяжесть течения определяет и степень застойной сердечной недостаточности. Поздняя беременность, роды и послеродовой период. У всех без исключения погибших имелся тяжелый митральный стеноз, а также — его сочетание с пороками других клапанов. Патология сердца также включала резко выраженный, диффузный кардиосклероз, фиброз клапанов и эндокарда. Деформация клапанов заключалась в их утолщении, укорочении, сращении створок. Заболевания сердца, которое сопровождается небольшим ограничением физической активности и проявляется усталостью, сердцебиением, одышкой или болями за грудиной. Анализ медицинской документации свидетельствует, что ошибки врачебной тактики, разрешение сохранять беременность в основном зависели от неверного представления врачей о тяжести патологического процесса и высокой степени риска исходов для матери и плода. Несмотря на многочисленные осмотры терапевтов, длительные госпитализации в отделения патологии беременности, в том числе в специализированный родильный дом, отдельные приглашения специалистов-кардиологов, фактически ни в одном случае не была правильно оценена совокупная тяжесть патологии, не вынесено и не реализовано заключение о необходимости досрочного окончания беременности. У больных пороками сердца ревматической этиологии с высокими степенями ЗСН беременность, как и любой метод родоразрешения, представляет крайний риск для матери и плода. Поэтому подход к выбору тактики родоразрешения должен решаться с учетом сопутствующих факторов.

#### *Список литературы / References*

1. Насонова В.А., Кузьмина Н.Н. Ревматические болезни. М.: Медицина, 1997. С. 144-159.
2. Ермолина Л.М. Хронические ревматические болезни сердца. Москва, 2006. С. 56
3. Овчинников А.Ю., Славский А.Н., Фетисов И.С. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // Русский медицинский журнал, 1999. 7. С. 31-36.
4. Гольберг К.Ф. Распространение и характеристика клинического течения ревматизма у детей. Хабаровск, 1975. 6. С. 39.
5. Соловьева А.И. Ревматизм: Якутск, 1967. 7. С. 31-36.