

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

**Представлены результаты анализа течения беременности, родов и послеродового периода у 230 женщин, страдавших хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), в частности бронхиальной астмой.**

**Установлено, что среди беременных с ХНЗЛ частота бронхиальной астмы составила 35%. Обострение ХНЗЛ при беременности наблюдалось в 52,3% случаев. Чаще всего беременность осложнялась гестозом (83,1%), угрозой прерывания (26,2%) и анемией (15,9%). Операцией кесарева сечения закончены роды у 18,6% рожениц с ХНЗЛ. Признаки внутриутробного инфицирования наблюдались у 30,8% новорожденных.**

*Складывающаяся в последние годы в Санкт-Петербурге, как и в целом по России, демографическая ситуация вызывает серьезные опасения. С 1990 года наблюдается снижение рождаемости более чем в два раза по сравнению с концом 80-х годов. В Санкт-Петербурге количество родов стабилизировалось на уровне 32-35 тыс. в год. С сожалением приходится констатировать, что значительная часть из них носит патологический характер и сказывается в конечном итоге на состоянии новорожденных. Неизменно высоким по сравнению с общероссийским остается уровень преждевременных родов, что увеличивает нагрузку на неонатальную службу и требует существенных материальных затрат на выхаживание недоношенных новорожденных.*

*Одной из причин осложненного течения беременности, родов и послеродового периода является значительное количество соматических заболеваний, на фоне которых развивается беременность. Уместно заметить, что состояние здоровья фертильной части женского населения города далеко от идеального. По данным Комитета по здравоохранению города, при переходе из детской во взрослую сеть наблюдения, у девушек имеется около 2,5 заболеваний, что ставит вопрос о необходимости раннего диспансерного наблюдения за пациенткой при наступлении беременности.*

*Среди заболеваний, осложняющих течение беременности и родов, в Санкт-Петербурге наибо-*

*лее часто встречаются гестоз, анемия и патология почек. Показатели заболеваемости в нашем городе при беременности, к сожалению, существенно превышают общероссийские. В частности по анемии – на 30%, а по заболеваниям почек – более чем в 3 раза.*

*Существующие формы статистической отчетности не дают полной информации о частоте заболеваний легких среди беременных. В литературе, посвященной ведению беременных с различной соматической патологией, почти нет исследований по изучению течения беременности и родов при заболеваниях легких. По данным ВОЗ, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) занимают 3-е место среди причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения после сердечно-сосудистых и злокачественных заболеваний [2,6]. В хорошо известных работах М.М. Шехтмана [7] рассматриваются лишь общие принципы ведения беременных, страдающих различными видами легочной патологии.*

*В последние годы в связи с ростом числа различных аллергических заболеваний отмечается увеличение числа беременных с бронхиальной астмой (БА) [4]. Бронхиальная астма встречается примерно у 1% беременных. Полагают, что БА при беременности связана с изменением чувствительности к эндогенным простагландинам. Наиболее часто у беременных диагностируется инфекционно-зависимая форма БА, которая возникает на фоне пред-*

существующих заболеваний дыхательных путей. Антигенами обычно являются условно-патогенные микроорганизмы, такие как золотистый стафилококк, клебсиеллы и кишечная палочка.

Известно, что при беременности изменяется резистентность организма, возникает состояние определенного иммунодефицита, что способствует развитию или обострению хронических инфекционных процессов. Возрастает также бактериальная обсемененность организма женщины. Помимо таких распространенных антигенов, как домашняя пыль, пыльца растений, лекарственных вещества, имеет значение преморбидное состояние беременной, ее иммунный и гормональный статус [8].

В большинстве случаев при наличии у женщины предастмы или БА 1-й стадии при легком или среднетяжелом ее течении беременность может быть разрешена. При тяжелом течении заболевания и наличии астматических состояний беременность противопоказана. Сложность решения вопроса о пролонгировании беременности заключается в том, что течение БА у беременных различно. Может наблюдаться как ухудшение основного заболевания, так и временная ремиссия с прекращением приступов [10]. Отчасти это связано с активацией симпатoadrenalовой системы при беременности. Возрастание уровня адреналина и кортизола в плазме крови беременных оказывает благотворное влияние на течение заболевания, так как именно эти средства или их производные являются компонентами патогенетической терапии при БА. С другой стороны, с развитием беременности происходят процессы, отрицательно влияющие на функцию внешнего дыхания, такие как:

- активация дыхательного центра,
- гипервентиляция,
- тахипноэ,
- гиперкапния.

Существует точка зрения, что легкие - одна из наиболее крупных биологических мембран, которая играет важную роль в течении и направленности метаболических процессов. Патогенетические механизмы развития БА и ХНЗЛ в определенной мере обусловлены активностью свободно радикального окисления липидов и связанных с этим мембрано-деструктивных процессов. Активация свободно радикального окисления липидов, нарушение структуры и функции клеточных мембран в системе мать - плацента - плод являются ключевым звеном в патогенезе антенатального поражения плода при заболеваниях легких у беременных [3].

В литературе также имеются сведения о том, что при БА нарушается обмен кальция, уменьшается содержание циклического АМФ, что в свою очередь способствует развитию симптомокомплекса осложнений беременности в виде угрозы прерывания, гестоза, внутриутробного инфицирования /ВУИ/ плода, нарушает течение родового акта [5].

Надо отметить, что исходы беременности и родов, особенно течения послеродового периода у больных с заболеваниями легких практически выпали из поля зрения акушеров-гинекологов. Этот вопрос представляется нам интересным по ряду причин:

- во-первых, в связи с увеличением контингента лиц, страдающих легочной патологией, на неблагоприятном экологическом фоне, особенно в крупных городах;
- во-вторых, при развитии беременности на фоне хронической патологии встает вопрос о влиянии инфекционного начала на внутриутробный плод;
- в-третьих, легочная патология в ряде случаев сопровождается дыхательной недостаточностью, следовательно и гипоксией тканей плода;
- в-четвертых, несомненно связь между патологией легких и иммунным статусом, что нема-

ловажно при беременности как иммунодефицитном состоянии.

Нам представляется целесообразным дать более широкий анализ течения беременности, родов, состояния новорожденных при различных заболеваниях легких, принимая во внимание, что БА является частным, но распространенным случаем экстрагенитальной патологии.

## Материалы и методы

Полученные результаты базируются на анализе 230 историй родов женщин, страдающих легочной патологией, наблюдавшихся в акушерской клинике СПбГМУ им. акад.И.П.Павлова. Анализу подвергнуто 7500 параметров.

## Результаты исследования

При обследовании выявлено, что большинство беременных (47,4%) страдало простым хроническим или обструктивным бронхитом, 35% больных было с БА различного генеза. Среди других видов легочной патологии встречалась хроническая пневмония, абсцесс легкого, состояние после операции на легких.

Длительность легочной патологии до наступления беременности более 10 лет имела у 48,1% больных. Каждая 4-я женщина в этой группе страдала БА или хроническим обструктивным бронхитом. В анамнезе у 61% беременных была ранее перенесенная пневмония. Развитию патологии органов дыхания у 19% больных способствовали профессиональные вредности, в первую очередь длительный контакт с химическими красителями и растворителями.

Течение беременности у 42,9% осложнилось ухудшением течения основного заболевания. У остальных больных отрицательной динамики не прослеживалось. Наиболее часто обострения заболевания наблюдались при бронхите (53,6%) и БА (45,8%). Как правило, обострению способствовали ОРВИ.

Из акушерских осложнений у этого контингента чаще всего наблюдался гестоз (83,1%), угроза прерывания беременности (26,2%) и анемия (15,9%). Развитие гестоза было более характерно для больных с хроническим бронхитом и менее - с БА. Тяжесть гестоза не зависела от длительности легочной патологии и возраста женщины. Как правило, гестоз проявлялся отеками и избыточной прибавкой массы тела (72,7%). Нефропатия встречалась у 27,3% больных, случаев преэклампсии и эклампсии не было. Надо полагать, что отсутствие тяжелых форм гестоза обусловлено практически 100%-ной госпитализацией беременных на ранних стадиях развития токсикоза.

У большинства беременных (93%) роды произошли в срок. У 5,5% отмечены преждевременные, а у 1,4% - запоздалые роды. Большая часть преждевременных родов была связана с досрочным родоразрешением в связи с нарастанием тяжести гестоза у беременных с БА.

Продолжительность родов у 80,6% рожениц была обычной, лишь у 8,2% отмечалось быстрое течение родов. Длительный безводный период наблюдался у 14% пациенток, что ставило вопрос о риске и профилактике гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде.

Значительная часть /42,7%/ больных не имела осложнений в родах. Однако примерно у 30% рожениц применялись родостимулирующие средства. Операцией кесарева сечения были закончены роды у 18,6% женщин, как правило, в связи с начавшейся гипоксией плода и аномалиями родовой деятельности. При этом наблюдалась отчетливая корреляция между частотой операций и длительностью заболевания легких.

Среди пособий во II периоде родов обращает на себя внимание высокая частота наложения акушерских щипцов - 3,1% из-за гипоксии плода, что более чем в 3

раза чаще, чем в целом по городу.

В III периоде родов чаще, чем обычно, производилось ручное отделение плаценты и выделение последа, особенно в группе больных с хроническим обструктивным бронхитом. Высокая частота вмешательства в течение III периода родов привела к увеличению частоты и объема кровотечений. В 14,2% наблюдений она превысила 400 мл. Более того, между частотой ручного вхождения в полость матки и заболеваниями легких прослеживалась отчетливая связь.

При анализе состояния новорожденных установлено, что наиболее неблагоприятные исходы для новорожденных имели место при БА и обструктивном бронхите. Полученные нами результаты совпадают с данными литературы [1,9]. Установлено, что при хронических неспецифических заболеваниях легких, особенно при длительном бронхите, отмечается высокая частота рождения детей с низкими ростовыми показателями. Очевидно, длительное инфицирование неблагоприятно сказывается на развитии плода. Признаки ВУИ выявляются у 30,8% новорожденных. Не исключено, что хроническая инфекция провоцирует и преждевременное прерывание беременности.

Из осложнений послеродового периода у женщин с легочной патологией чаще всего встречались субинволюция матки, нагноение ран промежности и анемия, что приводило к увеличению продолжительности пребывания рожениц в стационаре.

Таким образом, ХНЗЛ, и в первую очередь БА и хронический обструктивный бронхит, являются неблагоприятным фоном для развития беременности.

Отдельно может быть поставлен вопрос о терапии БА и ХНЗЛ при беременности. Немножко облегчает лечение беременных с БА то обстоятельство, что практически все фармакологические средства, необходимые

для этого, не противопоказаны при беременности. Напротив, применение бета-адреномиметиков в акушерской практике для лечения невынашивания, улучшения маточно-плацентарного кровообращения, терапии дистресс-синдрома плода привело к снижению числа осложнений у больных с БА. В клиниках широко используются такие бета-миметики, как бриканил, алупент, гинепрал, сальбутамол и другие. Часто лечение бета-миметиками помогает решить как акушерские, так и соматические проблемы. Широкое использование эуфиллина для лечения и профилактики гестозов также хорошо подходит пациенткам с БА. В арсенале средств для профилактики респираторных дистресс-синдромов плода находятся глюкокортикоиды. Небольшие дозы гормонов применяются также в различных схемах подготовки к родам, особенно при преждевременных родах. Таким образом, средства, применяемые при БА, никоим образом не вредят беременной женщине и внутриутробному плоду, однако клиницисту часто приходится сталкиваться с явлениями поливалентной аллергии у пациенток, что резко ограничивает использование лекарственных средств даже при urgentных акушерских ситуациях.

Рассматривая вопросы тактики ведения беременности и родов, следует отметить, что в ранние сроки показана госпитализация женщин для обследования и решения вопроса о сохранении беременности.

В дальнейшем требуется совместное наблюдение акушером и пульмонологом, госпитализация за 2 недели до родов для выбора способа родоразрешения, рекомендаций по медикаментозной терапии во время родов, выбору оптимального метода анестезии.

Общепринятым считается родоразрешение беременных с бронхиальной астмой через естественные родовые пути. После родов, на фоне снижения уровня

глюкокортикоидов в крови родильниц, наблюдается учащение приступов удушья, что требует в свою очередь соответствующей терапии.

Явления бронхоспазма не исключены и при операции кесарева сечения. Рациональным считается использование фторотана для проведения обезболивания во время операции. Определяющим в данном случае является его бронходилатирующее действие, однако это не дает гарантий, что не возникнет бронхоспазм, частота которого даже при использовании фторотана составляет 6,5%. С другой стороны, фторотан препятствует полноценному сокращению матки после ее опорожнения, что может быть причиной профузных кровотечений.

Проблемы акушерской и перинатальной фармакологии могут быть решены путем привлечения нетрадиционных методов лечения, в частности рефлексотерапии, в том числе и лазерной. Решение проблемы очевидно возможно при совместных усилиях акушеров-гинекологов, пульмонологов, аллергологов и других специалистов, занимающихся ХНЗЛ.

В практическом плане следует четко понимать, что:

- беременных с ХНЗЛ следует относить к группе повышенного риска обострения основного заболевания;

- при беременности, как правило, развиваются гестоз, анемия беременных, угроза преждевременных родов;

- осложнения беременности чаще наблюдаются у пациенток с бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом;

- течение родового акта при ХНЗЛ обычно осложняется гипоксией плода, что увеличивает частоту акушерских пособий в родах;

- в III периоде родов нарушается механизм отделения плаценты и выше риск кровотечений, как и в раннем послеродовом периоде;

- в послеродовом периоде наблюдается учащение приступов удушья у родильниц, страдающих бронхиальной астмой, что требует усиления наблюдения за пациентками;

- новорожденные, родившиеся от матерей с ХНЗЛ, имеют сниженные росто-весовые показатели и высокий риск ВУИ.

Отсутствие возможности точного прогноза для исхода беременности и родов у больных с бронхиальной астмой ставит много проблем, требующих совместного решения акушеров и пульмонологов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьменко Л.В. Хронические неспецифические заболевания легких матери как фактор риска развития внутриутробной инфекции у новорожденных. Автореф. дисс... канд. мед. наук, М., 1994, 28С.
2. Медведев В.И. Профилактика развития внутриматочной инфекции. / Пути профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Пермь, 1991, с. 38-41.
3. Микаелян А.В. Нарушения состояния плода и энергетический обмен у беременных с ХНЗЛ. Автореф. дисс... канд. мед. наук, М. 1993. 25С.
4. Палеев Н.Р. Болезни органов дыхания: Руководство для врачей / под редакцией Палеева Н.Р., М., Медицина, 1993. Т. 1, с. 591-597
5. Парвизи Н.И. Бронхиальная астма и беременность. Автореф. дисс... канд. мед. наук, М., 1988, 25 С.
6. Путов И.В. Терапевтический архив, 1991, №3, с. 44-46
7. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. М., Медицина, 1987. С.93-112
8. Яблонская В.Н. Клиническое значение изучения морфофункциональных свойств эритроцитов при бронхиальной астме.

Автореф. дисс... канд. мед. наук, М., 1990, 26С.

9. Mitao M., Hamada T., Hirai Z. // Acta Obstetric Gynecol. Jap., 1995. Vol. 147. N3, P. 231-236

10. Paul P., Rowe M.D., Lazy F., Guntigan M.D., Amer. J. Obstet. Gynecol. 1995. Vol. 172 N2. Part 2. P. 253