

17 Маколкин В.И. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца: фармакотерапия с позиции патогенетической взаимосвязи.

Участники исследования «Вектор»: Абдраимова Р.К., Ажбенова Г.А., Акажанова Д.Ж., Актаева Л.Ш., Алимбек А.С., Алпысбаева М.А., Амирбекова А.У., Антикеева Ш.К., Ахмет А.Т., Ахметова Г.А., Бадина Л.К., Байтемирова Л.Б., Балтабекова Л.К., Батеева Г.Б., Бейсембаева Ж.С., Безбородова Т.В., Беккарпаева С.С., Василова Д.Ч., Гусева И.В., Данильчик И.А., Деев А.В., Дмитрук Л.С., Евграшина О.В., Егорова Е.В., Еликпаева М.К., Жалкибаева Б.О., Исраилова Ш.С., Кайынова М.И., Калиев Д.К., Калиева Ж.Г., Калиева Н.Ж., Касымбекова Г.Ш., Келгенбаева Ч.У., Кизирова С.Б., Ким И.В., Княткина Е.В., Куанбаева А.Т., Кудайбергенова Д.Ж., Кузнецова Е.И., Кусимова А.А., Лаунбеков Д., Лукпанова М.Т., Макарова Т.В., Мендешова А.В., Мустафаева Д.У., Назарова Д.С., Непочатова Н.И., Нишанова Д.Б., Ниязгалиева Г.С., Нурбаева М.К., Нурмуханова А.М., Окунь Г.И., Паншина И.Ю., Пиржанова Г.Е., Поварницын О.В., Пономарь З.Ш., Рудутко Т.В., Рысбеков Е.Р., Сагиева М.К., Сарыбасова Л.Ж., Сергазиева Г.А., Сотникова Л.Д., Сулеева С.К., Сункарбекова Ж.Е., Тажимуротова Д.А., Теницкая И.В., Тлешов А.Ж., Турлибекова М.А., Турсунова Д.И., Шериева К.С., Шиншарова А.Ж., Шупанова И.С., Щетинина Е.Д.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.А. ЖҮНІСБЕКОВА¹, З.А. ЖҰМАШЕВА²

¹ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулардың ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

²Президент істерінің басқармасы Медициналық орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қ.

«ВЕКТОР» РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖОБАСЫ – АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН БІРГЕ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЛАРҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ АНЫҚТАУ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

Зерттеу мақсаты: артериалдық гипертониямен (АГ) бірге жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) жиілігін анықтау.

Материал мен әдістері: «Вектор» зерттеуіне амбу-

латориялық қаралудағы АГ бірге ЖИА бар 1222 науқас кірді. Кіргізу критерийі: 40 пен 75 жас шамасы, АГ бар болуы.

Нәтижелер мен талқылау: АГ бірге ЖИА бар науқастарға Престансты белгілеу бір ай ішінде 140 мм рт. ст. төмен САҚ үшін – 63,3%, 90 мм рт. ст. төмен ДАҚ үшін – 53,2% мақсаттың деңгейге қол жеткізуі бар АҚ орташа 34/14,7 мм рт. ст. төмендетуге алып келеді. Бұл жерде Престанстық терапия өте жақсы қабылданушылық пен қауіпсіздікке ие.

Қорытындылар: Престансты клиникалық тәжірибеде кеңінен қолдану, сөзсіз, ЖИА бар науқастарда АҚ айтарлықтай тиімді бақылауға көмек береді.

Негізгі сөздер: жүректің ишемиялық ауруы, артериалдық гипертония, Престанс.

S U M M A R Y

G.A. DZHUNUSBEKOVA¹, Z.A. ZHUMASHEVA²

¹The Scientific Research Institute of Cardiology and Internal Diseases of the Ministry of Public Health, Almaty c.

²The Central Clinical Hospital of the Medical Center of the Presidential Administration, Almaty c.

THE REPUBLIC-WIDE SCIENTIFIC PROJECT «VECTOR» – THE EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH ON DETECTION OF PATIENTS WITH ISCHEMIA COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION

The purpose of the research: determination of the frequency of coronary heart disease (CHD) combined with arterial hypertension (AH).

Materials and methods: The «Vector» research involved 1222 ambulatory patients with CHD combined with AH. The inclusion criteria: age of 40 to 75, presence of AH.

Results and discussion: Prescription of Prestance for patients with CHD combined with AH within a month leads to reduction of arterial blood pressure by 34/14,7 mm HG in average with achievement of the target level of systolic blood pressure below 140mm HG – 63,3%, for diastolic blood pressure below 90mm HG – 53,2%. Besides, treatment with Prestance possesses very good tolerance and safety.

Conclusions: Wide use of Prestance in clinical practice will lead to a more effective control of blood pressure in patients with CHD.

Key words: coronary heart disease, arterial hypertension, Prestance.

УДК 618.3:616.12

Г.К. СЕРМАНИЗОВА^{1,2}, Т.З. СЕЙСЕМБЕКОВ¹, М.Г. КАВАКҚІ³

¹АО «Медицинский Университет Астана», ²АО Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана,

³Медицинский факультет Университета Хажеттене, г. Анкара (Турция)

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

В данной работе изложены результаты исследования мультидисциплинарной проблемы пороков сердца при беременности. Своевременная диагностика, оптимальная кардиологическая тактика ведения беременности снижают частоту кардиоваскулярных осложнений и материнскую смертность, улучшают перинатальные исходы.

Ключевые слова: врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиоваскулярные осложнения (КВО), беременность и перинатальные исходы.

Проблема пороков сердца при беременности, ввиду ее распространенности и роста, причин материнской и перинатальной смертности, привлекает внимание специалистов различного профиля [1, 2, 3, 4]. В Казахстане, как и зарубежом, пороки

сердца среди женщин фертильного возраста являются одними из самых тяжелых экстрагенитальных заболеваний [5, 6, 7, 8].

По данным ВОЗ 20-40% случаев материнской летальности связаны с болезнями системы кровообращения

(БСК). Одной из причин роста материнской смертности от БСК и кардиологических осложнений продолжает оставаться их поздняя диагностика. Известно, что пороки сердца и беременность ухудшают состояние внутрисердечной гемодинамики, увеличивая риск развития сердечно-сосудистых и акушерских осложнений, повышают частоту экстренных родоразрешений, рождения детей с врожденными пороками сердца [5, 8, 9].

Беременность и роды у женщин с пороками сердца остаются одной из наиболее актуальных и сложных проблем в кардиологии, сопряженной с акушерско-гинекологической практикой.

Цель исследования – выявить частоту, определить факторы риска сердечно-сосудистых осложнений и перинатальные исходы у беременных с пороками сердца по материалам специализированной клиники АО «Национальный научный центр материнства и детства».

Материал и методы

За последние 3 года (2010-2012) в клинике АО «ННЦМД» прошли стационарное обследование и лечение 12939 беременных, соответственно по годам: 2010 г. – 4714, 2011 г. – 4236, 2012 г. – 3989. Пороки сердца (ПС) диагностированы у 198 женщин, соответственно по годам: 2010 г. – 65, 2011 г. – 66, 2012 г. – 67. При этом у всех 198 беременных с пороками сердца других экстрагенитальных заболеваний не выявлено. В зависимости от вида пороков беременные были распределены на 2 группы: в I гр. включены 148 беременных с врожденными пороками сердца (ВПС) в возрасте от 17 до 41 года, средний возраст составил $27 \pm 8,4$ года. Во II гр. – 50 беременных с приобретенными пороками сердца (ППС) в возрасте от 20 до 48 лет, средний возраст составил $34,2 \pm 2,8$ года. Наряду с общепринятым, беременным с ПС было проведено комплексное поэтапное углубленное клинико-функциональное кардиологическое обследование. Для определения состояния внутрисердечной гемодинамики проводился неинвазивный метод диагностики – эхокардиодоплерография на ультразвуковом аппарате Vivid 7 Dimension. Структурно-функциональная характеристика гемодинамических параметров врожденных и приобретенных пороков сердца у беременных оценивалась согласно Рекомендациям Европейской Ассоциации Кардиологов по ведению беременных клапанными пороками сердца (ESC 2007) [10], по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности (ESC 2011) [11].

Результаты и обсуждение

За анализируемые годы (2010-2012) отмечается ежегодное небольшое увеличение числа ВПС, тогда как во II группе беременных с ППС некоторое снижение (табл. 1).

Таблица 1 – Распределение беременных с пороками сердца за 2010-2012 годы

Годы	2010	2011	2012	Итого
Всего	65 (32,83%)	66 (33,33%)	67 (33,84%)	198 (100%)
ВПС	46 (23,23%)	50 (25,25%)	52 (26,26%)	148 (74,74%)
ППС	19 (9,6%)	16 (8,08%)	15 (7,58%)	50 (25,26%)

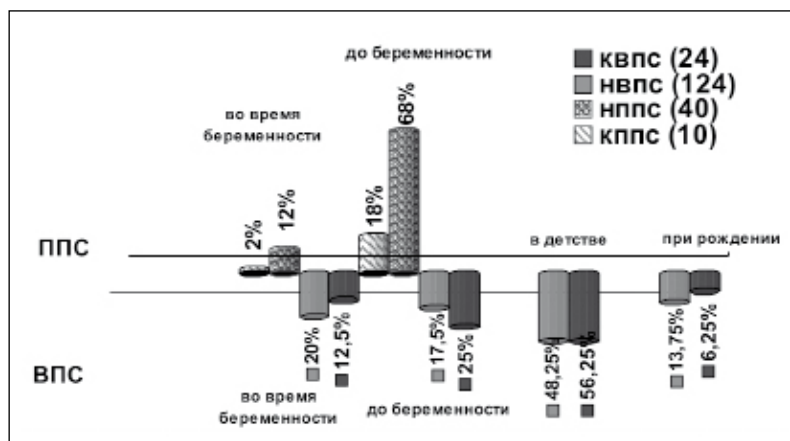


Рисунок 1 – Диагностирование пороков сердца у беременных по периодам жизни.

Примечания: КВПС и КППС – скорректированные ВПС и ППС; НВПС и НППС – соответственно нескорректированные

При этом, за годы наблюдений суммарное число ВПС среди беременных оказалось в три раза больше, чем ППС, составляя 74,74% от общего числа беременных с пороками сердца, соотношение беременных с ВПС к ППС соответствовало 3:1.

Для изучения распространенности ПС среди беременных проведен анализ показателей их выявляемости по периодам жизни (рис. 1). Обращает внимание, что ПС своевременно были диагностированы только у 63% женщин, несмотря на то, что все беременные осматривались терапевтом.

Позднее выявление как врожденных, так и приобретенных ПС связано с недостаточным объемом клинико-инструментального обследования этих женщин в предыдущие периоды наблюдения до беременности и по поводу беременности. Обследование беременных с пороками сердца и сосудистой патологией осуществлялось рутинными методами, не было проведено полное кардиологическое обследование на современном уровне с применением комплексной оценки центральной и периферической гемодинамики, недостаточно использовались ультразвуковые методы диагностики. У более 40% женщин до беременности не проводились даже доступные повсеместно рентгенологические методы обследования, ЭКГ. Как следует из рисунка 1, треть женщин с ВПС (32,5%) впервые узнала о своем заболевании на этапе наблюдения по поводу настоящей беременности, причем трое из них оказались повторнобеременными. Ввиду поздней диагностики порока беременные не были включены в группу высокого риска, при своевременной диагностике примерно 1/8 часть беременных с ВПС нуждалась в срочном прерывании беременности по медицинским показаниям. Обращает внимание, что компенсированное течение ВПС у 3 пациенток на фоне наступившей беременности привело к появлению симптомов сердечной недостаточности и легочной гипертензии во втором триместре, что послужило показанием к проведению хирургической коррекции порока: двоим беременным произведено лигирование открытого артериального протока, одной – эндоваскулярное закрытие дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП).

Примерно аналогичная ситуация и по ППС. У 7 (14%) из 50 беременных с ППС диагноз порока был установлен в период наступившей беременности. Одной из них, первобеременной Т., 27 лет, с критическим стенозом устья митрального отверстия ревматической этиологии, осложненной высокой легочной гипертензией, в срок 26

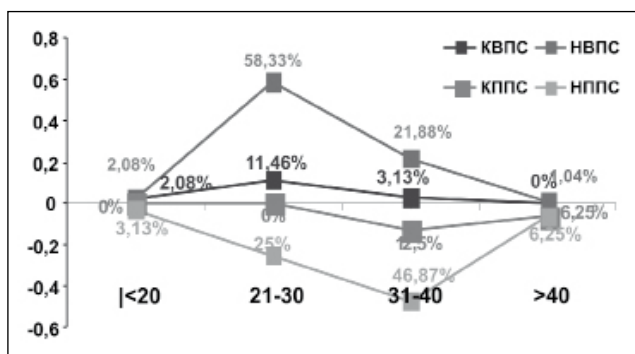


Рисунок 2 – Корректированные и некорректированные формы ВПС и ППС у беременных по возрастным группам

недель беременности, путем искусственного создания небольшого вторичного ДМПП произведена транскатетерная вальвулопластика митрального отверстия. В последующем она родоразрешена через естественные родовые пути в сроке 38 недель.

Представлял интерес распределение беременных с ПС по возрастным группам: <20 лет, 21-30 лет, 31-40 лет, >40 лет (рис. 2). Сравнительный анализ распространенности ВПС и ППС в зависимости от возраста показал, что в подавляющем большинстве у I группы пациенток беременность наступала в возрасте до 30 лет – в 73,65% случаев, причем преобладали некорректированные формы ВПС (60,41%). В отличие от I во II группе репродуктивная функция женщин приходилась на возраст старше 30 лет в 72%. При этом также имело место преобладание некорректированных форм ППС (53,12%).

Таким образом, обращает внимание большой процент наступления беременности на фоне некорректированных (83,33%) форм ВПС и некорректированных (81,25%) форм ППС, что свидетельствует о низкой профилактической и лечебной работе, в первую очередь в условиях первичной медико-санитарной помощи; диктует необходимость надлежащей реализации положений Государственной программы «Саламатты Қазақстан», обязательного проведения в скрининговом порядке клинико-инструментального кардиологического обследования всех женщин репродуктивного возраста.

Известно, что одним из существенных рисков КВО является легочная гипертензия (ЛГ). Расчетное систолическое давление в легочной артерии (РСДЛА) было повышено в обеих группах наблюдения, у беременных с ВПС ($56,48 \pm 2,11$ мм рт. ст.) достоверно выше по сравнению с ППС ($45,13 \pm 2,30$ мм рт. ст.), что свидетельствовало о более высоком риске КВО у беременных с ВПС. ЛГ и ее нарастание на 5-10 мм рт. ст. с одинаковой частотой среди беременных с ВПС (14,6%) и с ППС (14,25%) в третьем триместре способствовали преждевременной индукции родов и рождению недоношенных детей. Однако, задержка внутриутробного развития плода на фоне гиповолемии большого круга кровообращения во II гр. с ППС оказалась в 2 раза выше, чем в группе пациенток с ВПС (7,3%).

Для установления факторов риска кардиоваскулярных осложнений у беременных с ВПС и ППС нами была изучена структурно-функциональная характеристика гемодинамических параметров сердца. Диагностическими маркерами ранних доклинических структурно-функциональных изменений наряду с систолической перегрузкой, диастолической дисфункцией левого и/или правого желудочка, является предлагаемый нами индекс соотношения конечного диастолического размера ЛЖ к переднезаднему размеру ПЖ, важный диагностический и прогностический критерий развития кардиоваскулярных осложнений (КВО).

Нами разработан способ прогнозирования кардиоваскулярных осложнений при пороках сердца у беременных с наличием легочной гипертензии. У беременных с ВПС с высокой ЛГ при значении индекса соотношения КДР ЛЖ // ПЗРПЖ от 1,08 до 1,28 прогнозируют развитие КВО, при индексе соотношения КДРЛЖ/ПЗРПЖ $\geq 1,28$ прогноз благоприятный. У беременных с ППС с сопутствующей ЛГ при значении индекса КДР ЛЖ // ПЗР ПЖ от 1,65 до 1,92 прогнозируют развитие КВО, при индексе КДР ЛЖ // ПЗР ПЖ $\geq 1,92$ – прогноз благоприятный (Инновационный патент № 24809 от 15.11.2011 г.).

У пациенток с ВПС беременность и роды стимулируют развитие различных врожденных пороков развития, в частности ВПС, у плода. Так, например, в I гр. наблюдения врожденные пороки развития, в том числе ВПС у плода, были отмечены в 17,75%, причем у двоих с аналогичными формами ВПС, как у матерей. Наряду с этим в I гр. с ВПС в 2 случаях были зарегистрированы многоплодная беременность и рождение крупного плода. Несколько ниже (12,5%) частота врожденных пороков развития оказалась во второй группе. Во II гр. с ППС задержка внутриутробного развития и хроническая гипоксия плода привели к рождению 4 детей с ВПС. Из них у троих диагностированы ВПС сложного типа: один новорожденный с частичным аномальным дренажем легочных вен + вторичный ДМПП, высокая ЛГ, двое с коарктацией аорты + открытый артериальный проток + вторичный ДМПП.

В отсутствии сердечной недостаточности пороки сердца не представляли значительный риск для беременности, особенно в I и II триместрах беременности. Стабильное течение ПС на фоне беременности способствовало естественному родоразрешению в доношенном сроке с применением методов обезболивания в родах. Однако в большинстве случаев беременность протекала на фоне появления и нарастания признаков СН в третьем триместре, что явилось причиной кесарева сечения (КС) среди женщин с ПС, 65,5% в I гр. с ВПС и 58% во II гр. с ППС. Необходимо отметить, что у беременных с ПС присоединение акушерской патологии (аномалия родовой деятельности, внутриутробная асфиксия плода и т.д.) послужило основанием для оперативного родоразрешения путем КС у 25 беременных с ВПС и у 9 беременных с ППС. В каждом конкретном случае вопрос о способе родоразрешения у беременных с пороками сердца решался индивидуально. При этом учитывались многие позиции, в первую очередь сочетание многофакторных причин кардиоваскулярной патологии с особенностями акушерского статуса. Однако, нередко при этом учитывалось и желание женщины.

Выводы

Отмечено увеличение врожденных и уменьшение приобретенных пороков сердца среди беременных в соотношении 3:1. Беременность в подавляющем большинстве у пациенток с врожденными пороками сердца наступала в возрасте до 30 лет, тогда как при приобретенных – в возрасте старше 30 лет. Поздняя диагностика пороков сердца среди женщин репродуктивного возраста является одной из причин высокой распространенности их некорректированных форм. Взаимовлияние порока сердца и беременности ухудшает состояние внутрисердечной гемодинамики и повышает риск развития кардиоваскулярного осложнения. При неблагоприятном течении порока сердца у фертильных женщин при беременности возрастает вероятность неблагоприятного перинатального исхода. Самостоятельные роды на фоне пороков сердца возможны для беременных с низкой группой риска кардиоваскулярных осложнений. Беременность категорически противопоказана женщинам с пороками сердца при наличии высокой легочной гипертензии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Туленов М.Т. Кардиологическая тактика у беременных женщин при пороках сердца: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.06. – ВНЦХ АН СССР, Москва, 1979. – 26 с.
- 2 Poppas A, Shroff SG, Korcarz CE, et al: Serial assessment of the cardiovascular system in normal pregnancy // *Circulation* 1997; 95:2407-2415
- 3 Chan WS, Anand S, Ginsberg JS. Anticoagulation of pregnant women with mechanical heart valves: a systems review of the literature // *Arch Intern Med* 2000; 160: 191-196
- 4 Collins LJ, Douglas PS. Pregnancy in Heart Disease Patient. In Crawford MH, DiMarco JP (eds): *Cardiology*. 1st ed. London, Mosby International Ltd, 2001, pp 8.11.1-8.11.9
- 5 Braunwald's. *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 7 the edition. 74:1965-1971.2005
- 6 Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада – X, 2008. – 816 с.
- 7 Oakley C, Warnes CA, eds. *Heart Disease in Pregnancy*, 2nd edn. Oxford: Wiley-Blackwell; 2007
- 8 Sermanizova G.K., Seisembekov T.Z., Nakipov J.B. Cardiohemodynamic evolution of Heart diseases during pregnancy. International Conference on European Science and Technology Materials Of The II International Research and Practice Conference Vol. II May 9th-10th, 2012. Wiesbaden, Germany, S:478-483
- 9 Clark SL, Cotton DB, Pivarnik JM, et al. Position change and central hemodynamic profile during normal third-trimester pregnancy and postpartum // *Am J Obstetric Gynecol*. 1991; 164:883-887
- 10 The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* (2011) 32, 3147–3197
- 11 Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease: the Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology // *Eur Heart J* 2007;28:230–268

ТҰЖЫРЫМ

Г.К. СЕРМАНИЗОВА^{1,2}, Т.З. СЕЙСЕМБЕКОВ¹,
М.Г. КАВАКЧИ³

¹«Астана медициналық университеті» АҚ,

²Ана мен бала Ұлттық ғылыми орталығы, Астана қ.,

³Хажеттепе университетінің медицина факультеті, Анкара (Түркия)

ЖҮРЕК КЕМІСТІГІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ КАРДИО-ВАСКУЛЯРЛЫҚ АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ ТҮЗІЛУ ПРЕДИКТОРЛАРЫ ПЕРИНАТАЛЬДЫҚ НӘТИЖЕЛЕРІ

Кіріспе: Жүрек кемістігі мен жүктілік кардиоваскулярлық асқынуларды және қолайсыз перинатальдық нәтижелердің даму тәуекелін арттыра отырып, ішкі жүрекгеодинамикасының жай-күйін нашарлатады.

Зерттеу мақсаты: «АБҰҒО» АҚ мамандандырылған ауруханасының материалдары бойынша жүрек кемістігі бар жүкті әйелдердегі кардиоваскулярлық асқынулар мен перинатальдық нәтижелердің тәуекелдері факторларын, жиілігін анықтау.

Материалдар мен әдістер: 2010-2012 жылдары 12939 жүкті әйел тексерілді. Оның ішінде ЖК бар 198 әйел екі топқа бөлінді: I топта 17-41 жастағы ТЖК бар 148 жүкті әйел, II топта 20-48 жастағы ЖЖК бар 50 жүкті әйел. Ішкі жүрек кардиогинамиканың жай-күйін анықтау үшін Vivid 7 Dimension ультрадыбыстық аппаратында эхокардиодопплерография жүргізілді. Жүкті әйелдердегі жүрек ақауының геодинамикалық өлшемдерінің құрылымдық-функционалдық сипаттамасы Кардиологтардың Еуропалық Қауымдастығының қақпақшалық жүрек ауруы бар жүкті

әйелдерді жүргізу жөніндегі (ESC 2007) [10]және жүктілік кезіндегі жүрек-қан тамырлары ауруларын емдеу жөніндегі (ESC 2011) [10]ұсынымдарына сай бағаланды.

Нәтижелері және талқылау: Бақылау жүргізілген жылдар ішінде жүкті әйелдер арасында туа біткен жүрек ақауы жүре біткен жүрек ақауына қарағанда үш есе артып, 74,74% құраған. Жүкті әйелдер арасында жүрек ақауын кеш анықтау және туа біткен жүрек кемістігінің (83,33%) және жүре біткен жүрек кемістігінің (81,25%) корригирленбеген түрлері аясында басталуының үлкен үлесі алдын алу және емдеу жұмысының нашарлығын көрсетеді; «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасының ережелерін тиісінше іске асырудың қажеттігін талап етеді. Ауруханаға дейінгі ерте құрылымдық-функционалдық өзгерістердің диагностикалық маркерлері біз ұсынып отырған СҚДАК және ОҚААК арақатынасының индексі болып табылады. КВА айтарлықтай тәуекелдерінің бірі ЛГ болып табылады. Үшінші тоқсанда ЛГ-нің артуы босанудың мерзімінен бұрын индукциялануы мен балалардың шала туылуына ықпалын тигізеді, ұрықтың құрсақта дамуының тежелуі байқалады. Жүрек ақауы мен жүктілік ұрықтағы туа біткен даму кемістігі мен туа біткен жүрек ақауының дамуына ықпалын тигізеді. Жүрек ақауы бар жүкті әйелдер арасында КВА тәуекелінің төмен тобындағы әйелдер өздігінен босануы мүмкін. ЛГ жоғары болғанда жүрек ақауы бар әйелдерге жүктілікке үзілді-кесілді қарсы көрсетілген.

Қорытынды: Жүкті әйелдердің арасында туа біткен және жүре біткен жүрек кемістігінің ұлғаюы 3:1 арақатынасында байқалған. Жүрек ақауы аясында КВА тәуекелінің төмен тобындағы әйелдер өздігінен босануы мүмкін. ЛГ жоғары болғанда жүрек ақауы бар әйелдерге жүктілікке үзілді-кесілді қарсы көрсетілген.

Негізгі сөздер: туа біткен және жүре біткен жүрек кемістігі, кардиоваскулярлық асқынулар, жүктілік және перинатальдық нәтижелер.

SUMMARY

G.K. SERMANIZOVA^{1,2}, T.Z. SEYSEMBEKOV¹,
M.G. KABAÇI³

¹Astana Medical University JSC,

²National Scientific Center of Maternity and Childhood JSC, Astana c.,

³Medicine Faculty of Hacettepe University, Ankara (Turkey)

THE PREDICTORS OF THE FORMATION OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH HEART DEFECTS

Heart defects and pregnancy worsen the intracardiac hemodynamics, increasing the risk of cardiovascular complications and adverse perinatal outcome.

The aim of the study was to determine the incidence, to identify the risk factors of cardiovascular complications and perinatal outcomes in women with heart defects, using the materials of the specialized clinic "National Scientific Center of Maternity and Childhood".

Materials and Methods: 12.939 pregnant women were examined for the period of 2010-2012. Of them: 198 women with heart defects were divided into 2 groups. The first group included 148 pregnant women with congenital heart defects at the age of 17 – 41 years. The second group included 50 pregnant women with acquired heart defects at the age of 20 – 48 years. The echocardiodopplerography was performed using Vivid 7 Dimension ultrasound apparatus to determine the state of intracardiac hemodynamics. Structural and functional characterization of the hemodynamic parameters of heart defects was evaluated in pregnant women according to the Recommendations of the European Society of Cardiology for the management of pregnant women with valvular diseases

(ESC 2007) [10], the diagnosis and treatment of cardiovascular diseases during pregnancy (ESC 2011) [11].

Results and Discussion: Over the years of observations, there was an increase by three times in congenital heart defects accounting for 74.74%, compared to acquired heart defects. Late detection of heart defects in pregnant women, and a large percentage of pregnancy secondary to uncorrected forms of congenital heart defects (83.33%) and acquired heart defects (81.25%) indicates low prophylactic and therapeutic work and dictates the need for proper implementation of the State Program "Salamatty Kazakstan". The diagnostic markers of early preclinical structural and functional changes are the ratio index "the left ventricular end diastolic dimension/ the right ventricular anterior-posterior dimension" suggested by us. One of the essential risk of cardiovascular complication is pulmonary hypertension. The increase in pulmonary hypertension in the third trimester contributed to the premature induction of labor

and the birth of premature infants; there was intrauterine growth retardation. Heart defect and pregnancy induce the development of congenital malformation и congenital heart defect in the fetus. Among the women with heart defects in the third trimester, the signs of heart failure were the cause of cesarean section. In each case, the question of the mode of delivery in pregnant women with heart defects was solved individually.

Conclusion: There was an increase in congenital heart defects and a decrease in acquired heart defects in the pregnant women in a ratio of 3:1. Spontaneous vaginal deliveries against heart defects are possible for the pregnant women with low risk group of cardiovascular complication. Pregnancy is strictly contraindicated for women with heart defects in the presence of high pulmonary hypertension.

Key words: congenital and acquired heart defects, cardiovascular complications, pregnancy and perinatal outcomes.

НЕВРОЛОГИЯ

УДК 314.48+616.8-00 (574)

К.А. УМИРЗАХОВА^{1,3}, Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2}, С.А. ВАЛИЕВА⁴, С.В. САРСЕНОВА⁵

¹ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана

²Медицинский центр УДП РК, г. Астана

³РГП на ПХВ «НИИ травматологии и ортопедии», г. Астана,

⁴Алматинский государственный института усовершенствования врачей, филиал в г. Астана,

⁵АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

ОЦЕНКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КАЗАХСТАНЕ

Изучены особенности смертности населения республики в целом от болезней нервной системы (БНС). Материалом послужили данные Агентства РК по статистике (форма С51) о смертности от БНС. Исследование ретроспективное за 8 лет (2004-2011). В результате установлено, что показатель смертности от БНС составил $10,4 \pm 0,9^{0/0000}$. Анализ возрастных показателей смертности выявил пик смертности в 70 лет и старше. При этом возрастные показатели смертности снижались лишь в 30-39 лет, а в остальных группах растут, и темпы прироста показателей смертности нарастают.

Ключевые слова: болезни нервной системы, смертность, возраст, тренд.

Заболевания нервной системы в настоящее время являются не только медицинской, но и социальной проблемой. Цереброваскулярные заболевания, заболевания периферической нервной системы, черепно-мозговая травма и эпилепсия в значительной степени обуславливают заболеваемость, инвалидность и смертность взрослого населения экономически развитых стран [1, 2]. Так, в соседней России смертность от сосудистых заболеваний – одна из самых высоких в мире: в 1998 г. – 279,3 случая на 100 тыс. населения [3]. Особый интерес вызывает изучение особенностей смертности в целом от болезней нервной системы в республике, которые проанализированы в данной статье.

Материал и методы

Материалом исследования послужили данные Агентства Республики Казахстан по статистике (форма С51) о смертности населения от БНС в целом (G01-G99), а также данные о численности населения [6, 7]. Изучаемый период составил 8 лет (2004-2011 гг.). По общепринятым методам медицинской статистики [8] вычислены экстенсивные, интенсивные, стандартизованные (мировой, европейский, африканский стандарты) и выравненные показатели смертности населения от БНС. Стандартизо-

ванный показатель вычислен прямым методом, при этом использовано мировое стандартное население. Динамика показателей смертности изучена за 8 лет, при этом тренды определены методом наименьших квадратов. Определены среднегодовые значения (P), средняя ошибка (m), 95% доверительный интервал (95% ДИ), среднегодовые темпы прироста (Тпр, %) и убыли (Туб, %).

Результаты и обсуждение

За изучаемый период в целом от БНС в Казахстане умерло 13 056 человек. Удельный вес умерших от БНС по возрастным группам представлен на рисунке 1.

При этом наибольший удельный вес умерших приходился на возраст до 5 лет и составил 12,7%, соответственно.

Среднегодовой возраст умерших от БНС составил $41,5 \pm 1,4$ года (95% ДИ=38,7-44,3 года). В динамике выравненные показатели данного показателя имели тенденцию к росту с 37,7 года до 45,3 года, а среднегодовой темпы прироста составил $T_{пр} = +2,7\%$.

Среднегодовой грубый показатель смертности от БНС в республике составил $10,4 \pm 0,9^{0/0000}$ (95% ДИ=8,6-12,2^{0/0000}). В динамике смертность всего населения от БНС растет с $9,8 \pm 0,3^{0/0000}$ (2004 г.) до $16,1 \pm 0,3^{0/0000}$ в 2010