



УДК 618.179+618.31-06:612.171.7

РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

А.Т. ЕГОРОВА
Н.В. СТРИЖАК
Д.А. МАИСЕНКО

*Красноярский медицинский
университет имени
В.Ф. Войно-Ясенецкого*

e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru

В статье представлен анализ репродуктивного здоровья и течения беременности у женщин с пороками сердца. Основную группу составили 230 пациенток с врожденным пороком сердца. Контрольную группу составили 200 женщин без врожденного порока сердца. Выявлено, что у беременных женщины с пороками сердца имеется высокая вероятность возникновения самопроизвольных выкидышей (в основной группе – в $16,5 \pm 2,4\%$ случаях, в контрольной группе – $3,0 \pm 1,2\%$ ($p < 0,05$)). У женщин с врожденными пороками сердца установлено осложненное течение беременности по сравнению с женщинами без порока сердца: угроза прерывания беременности во 2 триместре наблюдалась чаще в 2 раза ($20,4 \pm 2,7\%$ и $10,5 \pm 2,2\%$ ($p < 0,05$)), анемия беременной в 1,4 раза ($56,1 \pm 3,4\%$, $39,1 \pm 4,0\%$, ($p < 0,05$)) соответственно. Сердечная недостаточность I и II степени осложняла течение беременности у женщин с врожденными пороками сердца в $63,5 \pm 3,2\%$ случаев.

Ключевые слова: беременность, репродуктивный анамнез, пороки сердца, диагностика.

Введение. Среди всей экстрагенитальной патологии у беременных сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место, составляя от 0,4 до 4,7% [1, 2, 7], а частота только врожденных пороков сердца составляет 3–5% всех пороков у беременных женщин. Неудивительно, что пороки сердца у беременных остаются одной из важных проблем [3, 4] современной кардиологии и акушерства. В течение последних десятилетий произошло существенное изменение соотношения врожденных и приобретенных пороков сердца с практически десятикратным преобладанием первых в экономически развитых странах. В странах с развивающейся экономикой частота ревматизма остаётся высокой. Так, в Индии и Непале частота ревматических пороков у детей составляет от 1 до 5,4 случаев на 1 тыс. населения, а у женщин детородного возраста от 8 до 12 случаев на 1 тыс. населения [5]. Для сравнения: в странах Запада частота ревматических пороков составляет 0,5 случая на 1 тыс. населения. Тем не менее активная миграция населения делает эту проблему весьма важной не только для стран Запада, но и для России.

Благодаря успехам кардиохирургии растёт количество женщин с оперированными пороками сердца, в том числе в детском возрасте. Отношение со стороны практикующих врачей к течению беременности у женщин с оперированным пороком сердца весьма различно. Высказываются даже мнения о невозможности «приравнивания их к женщинам, имеющим нормальную сердечно-сосудистую систему» [5, 6]. Однако у этих пациенток в 95,5% отмечается I–II функциональный класс сердечной недостаточности с хорошим прогнозом в отношении самопроизвольных родов [7]. Кроме того, в современной литературе появились сведения о хорошем прогнозе в отношении вынашивания беременности при целом ряде пороков сердца, в том числе и тех, при которых ранее беременность считалась противопоказанной (аортальный стеноз, гипертрофическая кардиомиопатия и стеноз лёгочной артерии с высоким градиентом давления, паллиативные операции на сердце), расширились возможности оперативной коррекции во время беременности (баллонная вальвулопластика, пластика ДМПП по методике Amplatzer), изменилось отношение к пароксизмальным нарушениям ритма (выявлены доброкачественно протекающие желудочковые тахикардии).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 230 историй родов женщин с врожденными пороками сердца, которые были родоразрешены в родильном доме МБУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона специализирующегося на оказании медицинской помощи женщинам с сердечно-сосудистой патологией. Основную группу составили 230 пациенток с врожденным пороком сердца. Контрольную группу составили 200 женщин без врожденного порока сердца, родоразрешенных в родильном доме за тот же период.



В зависимости от типа врожденного порока сердца все женщины были разделены на три группы:

- женщины с ВПС со сбросом крови слева направо (дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, открытое овальное окно) – 160;
- женщин с ВПС со сбросом крови справа налево (тетрада Фалло, аномалия Эбштейна) – 17;
- женщины с ВПС с препятствием кровотоку (коарктация аорты, стеноз легочной атрии, стеноз аорты, двухстворчатый аортальный клапан) – 53.

Описательная статистика результатов исследования представлена для относительных величин в виде процентных долей и их стандартных ошибок, для абсолютных – в виде средних арифметических (M) и стандартного отклонения (σ). В случае отсутствия нормального распределения признаков, в описательной статистике использовались медиана (Me) и перцентили (P₂₅, P₇₅). Значения средних величин отображались, в этом случае, как Me (P₂₅; P₇₅). Проверка нормальности распределения признаков в группах наблюдения проводилась с использованием критерия Колмогорова-Смирнова.

Значимость различий относительных показателей в группах наблюдения оценивали при помощи непараметрического критерия Пирсона χ² с поправкой на непрерывность. При наличии статистически значимой разницы между исследуемыми группами, производили попарное сравнение групп по данному критерию. При частоте встречаемости признака 5 и менее для сравнения данных использовался точный критерий Фишера.

Оценку статистической значимости различий при исследовании количественных показателей, производили при помощи t-критерия Стьюдента для независимых выборок.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин основной группы составил 24,6±0,3 года. (возраст родильниц варьировал от 16 до 44 лет). В контрольной группе средний возраст был 25,5±0,4 года. (возраст родильниц варьировал от 16 до 40 лет).

Таблица 1

Возрастная характеристика обследуемых групп

Возрастные группы	Основная группа n-230		Контрольная группа n-200	
	Абс.	%	Абс.	%
15-19 лет	33	14,4	21	10,5
20-24 лет	106	46,1	76	38,0
25-29 лет	58	25,2	60	30,0
30-34 лет	18	7,8*	28	14,0*
35-39 лет	15	6,5	15	7,5

Примечание: *p<0,01

По возрастному составу женщины основной группы распределились следующим образом: от 15 до 19 лет – 14,4%, от 20 до 24 лет – 46,1%, от 25 до 29 – 25,2%, от 30 до 34 – 7,8%, от 35 до 39 лет – 6,5% (табл. 1).

Изучая становление менструальной функции в исследуемых группах, отмечено, что средний возраст менархе во всех группах не имели достоверных различий, и составлял 13,4±0,1 года. Длительность менструального цикла, его регулярность, характер менструальной функции в основной и контрольной группе не отличались (p>0,01).

При анализе репродуктивного анамнеза у беременных с врожденными пороками сердца выявлено, что первородящих было 171 (74,3%), первобеременными были – 115 (50%). В контрольной группе первородящих женщин было 131 (65,5%), первобеременными – 75 (37,5%) женщин (табл. 2).

В группе здоровых женщин медицинские аборт до 12 недель беременности отмечались у 93 (46,5%) в основной группе аборт в анамнезе имели 84 (36,5%) женщины. Медицинские аборт до 12 недель беременности чаще производили женщины из первой группы в 40,0% (64), женщины из третьей группы – в 30,2% (16), и в третьей группе – в 23,5% (4) случаях (p<0,01).



Таблица 2

Репродуктивный анамнез женщин исследуемых групп

Параметры	Основная группа n-230						Контрольная группа n-200	
	I группа n-160		II группа n-17		III группа n-53		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Первобеременные	76	47,5	12	70,6*	27	50,9*	75	37,5*
Первородящие	117	73,1	14	82,4	40	75,5	131	65,5
Медицинские аборты	64	40,0	4	23,5*	16	30,2	93	46,5*
Самопроизвольные выкидыши	27	16,9	2	11,8*	9	17,0*	3	1,5*
Мертворождение	5	2,2	0	0,0	0	0,0	3	1,5

Примечание: * $p < 0,01$

Роды в прошлом наблюдались у 59 (25,7%) женщин основной группы и у 69 (34,5%) женщин контрольной группы.

В группе женщин с врожденными пороками сердца со сбросом крови слева направо первобеременными были 76 (47,5%) женщин, в группе с пороком сердца со сбросом крови справа налево - 12 (70,6%), и в группе с пороком сердца с препятствием кровотоку - 27 (50,9%) женщин ($p < 0,01$).

Самопроизвольные выкидыши в анамнезе чаще наблюдались в основной группе - у 38 (16,5%) женщин, против 3 (1,5%) в контроле ($p < 0,01$). Что совпадает с данными авторов [3, 4].

При межгрупповом разборе установлено, что большее число самопроизвольных выкидышей наблюдается у женщин из третьей группы в 17% (9), в первой основной группе в 16,9% (27) случаях, и во второй группе в 11,8% (2). Возможно, большая частота прерываний беременности у женщин с пороком сердца с препятствием кровотоку обусловлена меньшим числом скорректированных пороков в сравнении с женщинами остальных групп. Мертворождение в анамнезе отмечено у 5 (2,2%) женщин первой основной группы против 3 (1,5%) в контроле.

Среди заболеваний репродуктивной системы у женщин с врожденными пороками сердца необходимо выделить такие как, воспалительные заболевания органов малого таза, заболевания шейки матки (эктопия), миома матки, бесплодие. Наиболее часто имелось указание на наличие воспалительного заболевания матки и придатков в анамнезе - у 40 (17,4%), эктопии шейки матки у 63 (27,4%). В контрольной группе воспалительные заболевания матки и придатков имелись у 36 (18,0%), эктопия шейки матки встречалась у 58 (29,0%). В контрольной группе статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,01$).

Межгрупповой анализ показал, что воспалительные заболевания чаще наблюдались у 12 (22,6%) женщин третьей группы, в первой группе у 26 (16,3%), а во второй группе у 2 (11,8%) женщин ($p < 0,01$). Диагноз бесплодие так же чаще выставлялся в третьей группе в 5,7% (3) случаях, в 2,5% (4) у женщин первой группы ($p < 0,1$). Эктопия шейки матки при данной беременности обнаружена в 23,5% (4) случаях у женщин второй группы, в 15,6% (25) случаях отмечалась у женщин первой группы, и в третьей группе - 13,2% (7) случаев ($p < 0,01$).

Инфекции, передающиеся половым путем, отмечались у 22 (9,6%) женщин основной группы, и у 19 (9,5%) в контроле. В основной группе инфекции передающиеся половым путем чаще диагностировались у женщин с пороком сердца со сбросом крови слева направо в 10,0% (16/160), у женщин с пороками сердца со сбросом крови справа налево - в 5,9% (1/17), у женщины с пороком сердца с препятствием кровотоку - в 9,4% (5/53) случаях.

Из сказанного можно отметить, что статистически значимых различий гинекологического анамнеза женщин контрольной и основной группы нет, за исключением наличия диагноза бесплодие в анамнезе у 7 (3,0%) женщин из основной группы, в отличие от пациенток контрольной группы у которых данный диагноз не выставлялся ($p < 0,05$). У женщин основной группы чаще в 4,4% (10) выставлялся диагноз трихомониаз, против 1,5% (3) случаев в контрольной группы ($p < 0,05$).

По мере развития беременности у женщин с врожденными пороками сердца тяжесть состояния усугубляется, как правило, вследствие создающейся нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В результате может ухудшаться легочное кровообращение, нарастание гипоксического синдрома до степени, опасной для матери и плода.



По данным разных авторов, беременность у женщин с врожденными пороками сердца в 8,8 – 30,3% случаев осложняется гестозом. Частота возникновения гестоза у женщин без врожденного порока сердца составляет 2-14%. Угроза прерывания беременности имеется в 14,9% случаев, есть указания в анамнезе на самопроизвольные аборт – в 20,2% случаев, в то время как у здоровых женщин самопроизвольные аборт наблюдаются в 15%. Частота преждевременных родов у женщин с врожденными пороками сердца колеблется от 3,0 до 24,1%, а в популяции – 7% [7].

Многими исследователями отмечен высокий процент поздней явки в женскую консультацию, беременных с врожденными пороками сердца. В нашем исследовании, наоборот, у женщин с врожденными пороками сердца отмечалась ранняя явка в 75,7% (174) случаев, а в контроле только половина женщин – 52,0% (104) встали на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности ($p < 0,01$).

Надо сказать, что, процент женщин из основной группы, которые вообще не наблюдались в женской консультации, меньше чем в контрольной и составил – 3,0% (7), в контроле – 9,5% (19) ($p < 0,01$) (табл. 3).

Таблица 3

Диспансеризация женщин исследуемых групп

Сроки взятия на учет по беременности	Основная группа n-230						Контрольная группа n-200	
	I группа n-160		II группа n-17		III группа n-53		n	%
	n	%	n	%	n	%		
До 12 недель	119	74,4	12	70,6	44	83,0*	104	52,0*
После 12 недель	35	21,8	5	29,4	8	15,1*	77	38,5*
Не состояла на учете	6	3,8*	0	0,0	1	1,9*	19	9,5*

Примечание: * $p < 0,01$

Среди женщин основной группы ранняя явка в женскую консультацию чаще наблюдалась в третьей группе – 83,0% (44), в первой группе в 74,4% (119), и во второй группе ранняя явка в женскую консультацию составила – 70,6% (12) случаев. Во второй основной группе не было женщин, которые не состояли бы на диспансерном учете по беременности, возможно, это связано с тем что женщины данной группы, с детства вынуждены добросовестно относиться к своему здоровью и осознанно относятся к беременности, чувствуя тяжесть своего заболевания. Вообще не состояли на учете 6 (3,8%) женщин из первой группы и 1 (1,9%) из третьей основной группы.

Женщины основной группы в 40% (92) случаях время беременности принимали лечебные препараты. Среди них ведущее место занимают препараты железа в 19,1% (44) случаев, в контроле препараты железа принимали – в 21,5% (43). Прием гипотензивных препаратов отмечен в 13,5% (31) случаев у женщин основной группы, в контрольной группе – в 47% (94) случаях ($p < 0,01$). Антикоагулянтную терапию получали женщины основной группы – в 7,4% (17).

При межгрупповом сравнении препараты железа чаще принимали женщины с врожденными пороками сердца с препятствием кровотоку – в 32,1% (17), женщины с врожденным пороком сердца со сбросом крови слева направо в 16,3% (26), и пациентки с пороком сердца со сбросом крови справа налево – в 5,9% (1) случаях ($p < 0,01$). Гипотензивные препараты также чаще назначались женщинам из третьей группы в 18,9% (10), в первой группе – в 11,9% (19) и во второй группе – в 11,8% (2) случаях. Антикоагулянтную терапию получали чаще беременные из второй группы в 29,4% (5) случаях, в 5,7% (3) случаев женщины из третьей группы, и в 5,6% (9) случаях из первой группы.

Анализ показал, что в основной группе осложненное течение беременности наблюдалось у 155 (67,4%) женщин основной группы, в контрольной группе у 133 (66,5%) и не имело статистической значимости ($p > 0,01$).

Таблица 4

Структура осложнений беременности в исследуемых группах

Осложнение	Основная группа						Контрольная группа	
	I группа n-160		II группа n-17		III группа n-53		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Анемия	74	46,3*	6	35,3	21	39,6	59	29,5*
Угроза прерывания беременности	32	20,0*	3	17,7*	12	22,6*	21	10,5*
Гестоз	15	9,0*	2	12,0*	9	17,0*	90	45,0*

Примечание: * – $p < 0,01$

У беременных основной группы с высокой частотой встречалась угроза прерывания беременности – 47 (20,4%) среди женщин контрольной группы угроза прерывания встретилась у 21 (10,5%) женщин ($p < 0,01$). При межгрупповом сравнении по осложненному течению беременности достоверных различий не получено, так у 34 (21,3%) женщин из I группы наблюдалась угроза прерывания беременности, в третьей группе – у 10 (18,9%), и – у 3 (17,7%) из второй группы (табл. 4).

Среди женщин основной группы токсикоз I половины беременности наблюдался у 35 (17,5%), в контроле у 44 (22%).

Врожденный порок сердца способствует формированию субкомпенсированных и декомпенсированных фаз плацентарной недостаточности, о чем свидетельствует высокий процент задержки внутриутробного роста в 28,3% (65) случаях у детей, рожденных от матерей основной группы, и в 16,0% (32) случаях у детей группы контроля ($p < 0,01$). Плацентарная недостаточность, диагностированная при ультразвуковом исследовании с доплерометрией, отмечена лишь в 3,5% (8) случаях, в контрольной группе плацентарная недостаточность диагностирована в 1,0% (2) случаях ($p < 0,1$). Низкая частота выявления плацентарной недостаточности во время беременности может свидетельствовать о недостаточной квалификации врача-санолога или о низкой разрешающей способности ультразвукового аппарата или отсутствии доплерометрического исследования, что не позволяло диагностировать данную патологию. В связи с этим коррекция первичной и вторичной плацентарной недостаточности не проводилось, что привело к рождению детей с синдромом внутриутробной задержки развития в 28,3%.

Гипоксия плода при кардиотокографическом исследовании у 8 (3,5%) женщин, из них – 7 (87,5%) беременные из первой группы и 1 (12,5%) из второй.

Резус отрицательную кровь имели 19 (8,3%) беременных из основной группы и 10 (5,0%) женщин из контрольной. Врожденный порок развития плода (гидротрансформация артерий почки) выявленный при ультразвуковом скрининге имелся у 1 (0,4%) женщины из первой основной группы.

Анемия беременной наблюдалась у 101 (43,9%), в контроле диагностировалась у 59 (29,5%) женщин ($p < 0,01$). Межгрупповой анализ выявил, что анемия беременной была у 74 (46,3%) женщин из первой группы, у 6 (35,3%) пациенток второй группы и у 21 (39,6) из третьей группы.

Типичный вариант гестоза характеризующийся триадой Цангеймстера, по данным разных авторов, встречается у 2-14% беременных. Значительно чаще (до 40%) гестоз развивается у женщин, страдающих различными соматическими заболеваниями. В нашем исследовании у женщин контрольной группы классический гестоз также диагностирован в 45% (90) случаях. Однако в основной группе классическая триада симптомов отмечена лишь в 11,0% (26) случаев ($p < 0,001$).

Наличие только отеков отмечалось у 25 (10,9%) женщин основной группы, причем манифестация происходила в среднем на 36 неделе. В контрольной группе женщине отеки отмечались у 41 (20,5%) и появились уже во втором триместре ($p < 0,001$).

Гипертензия отмечена у 18 (7,8%) женщин из основной группы. И у 26 (13,0%) женщин из контрольной группы ($p < 0,05$).

Таким образом, выявлены статистически значимые различия при анализе данных наличия гестоза у женщин основной и контрольной групп, как ни парадоксально, но у женщин с врожденным пороком сердца реже диагностировался гестоз в 11,0% против 45,0 в контроле, как классическая его форма (триада Цангеймстера) так и моносимптомные формы.



Таблица 5

Степень сердечной недостаточности при беременности у женщин с врожденными пороками сердца

Сердечная недостаточность	1 группа n – 160		2 группа n – 17		3 группа n – 53	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0 степени	67	41,9*	1	6,0*	16	30,1
I степени	82	51,3	8	47,0	34	64,2
II степени	11	6,8	8	47,0*	3	5,7*

Примечание: *p < 0,05

Течение беременности у женщин с пороком сердца осложнялась наличием сердечной недостаточности I степени – у 34 (64,2%) женщин с врожденными пороками сердца с препятствием кровотоку, у 82 (51,3%) женщин с пороком сердца со сбросом крови слева направо, и у 8 (47,0%) женщин с пороком сердца со сбросом крови справа налево.

Сердечная недостаточность II степени была у 11 (6,8%) пациенток первой основной группы, у 8 (47,0%) пациенток из второй основной группы, и у 3 (5,7%) женщин из третьей группы (табл. 5).

Таким образом, по результатам нашего исследования установлено что, у беременных женщины с пороками сердца имеется высокая вероятность возникновения самопроизвольных выкидышей, женщины с врожденными пороками сердца относятся к группе риска по развитию анемии, самопроизвольного прерывания беременности, плацентарной недостаточности и как следствие рождение неполноценного потомства. Несмотря на то, что у половины женщин была проведена коррекция врожденного порока сердца до беременности, отмечается высокая частота возникновения сердечной недостаточности во время беременности. Именно поэтому ведение беременных с врожденными пороками сердца, как на амбулаторном, так и на стационарном этапе должно быть организовано с точки зрения рациональной профилактики и мониторинга вышеуказанных осложнений.

Литература

1. Бухонкина, Ю.М. Течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин с врожденными пороками сердца./ Ю.М. Бухонкина, Р.И. Стрюк, Г.В. Чижова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 46-48.
2. Бухонкина, Ю.М. Тактика ведения беременности и родов у женщин с врожденными и приобретенными пороками сердца / Ю.М. Бухонкина, Г.В. Чижова // Здоровоохранение Дальнего востока. – 2008. – № 6. – С. 74-78.
3. Ведение беременности и самопроизвольные роды при пороках сердца: современное решение дилеммы / С.Р. Мравян, В.А. Петрухин, А.А. Зарудский, В.П. Пронина // Журн. Терапевтический архив. Акушерство. – 2009. – № 10. – С. 9-15.
4. Мравян, С. Р. Пороки сердца у беременных / С.Р. Мравян, В.А. Петрухин, В.П. Пронина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 160 с. : ил. (Серия «Библиотека врача-специалиста»)
5. Кузьмина-Крутецкая, С.Р. Болезни сердца и беременность: метод. рекомендации / С. Р. Кузьмина-Крутецкая, М.А. Репина. – СПб.: Н-Л, 2010. – 56 с.
6. Репина, М.А. Приобретенные пороки сердца и беременность (в помощь практическому врачу) / М.А. Репина, С. Р. Кузьмина-Крутецкая // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – № 1. – С. 100-108.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 2007. – 816 с.



REPRODUCTIVE ANAMNESIS AND PECULIARITIES OF PREGNANCY IN WOMEN WITH CONGENITAL HEART DISEASES

A.T. EGOROVA
N. V. STRIZHAK
D.A. MAISEENKO

Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Voyno-Yasenetsk, the chair of obstetrics and gynecology of the institute of postgraduate education SBEI HPO

e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru

The paper presents the analysis of reproductive health and pregnancy in women with congenital heart diseases. 230 women with congenital heart diseases were examined. The control group consisted of 200 healthy women. It was revealed that women with congenital heart diseases have high risk of spontaneous miscarriage: main group – $16,5 \pm 2,4\%$, control group – $3,0 \pm 1,2\%$; $p < 0,05$). Also women from the main group had complicated pregnancy: threatened miscarriage in the II trimester ($20,4 \pm 2,7\%$ and $10,5 \pm 2,2\%$; $p < 0,05$); anemia of pregnancy ($56,1 \pm 3,4\%$ and $39,1 \pm 4,0\%$; $p < 0,05$). Pregnancy of women with congenital heart diseases was complicated by heart failure of I and II stages ($63,5 \pm 3,2\%$).

Keywords: pregnancy, reproductive anamnesis, congenital heart diseases, diagnostics.