

© СТРИЖАК Н.В., ЕГОРОВА А.Т.

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Н.В. Стрижак, А.Т. Егорова

Красноярская государственная медицинская академия им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П.Артюхов; кафедра акушерства и гинекологии института последиplomного образования, зав. – д.м.н., проф.

А.Т.Егорова.

***Резюме.** В данной статье представлен обзор современной литературы по вопросу течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с врожденным пороком сердца. Представлены литературные статистические данные распространенности врожденных пороков сердца при беременности.*

***Ключевые слова:** беременность, врожденный порок сердца.*

Ежегодно в России рождается более 35000 детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Данные антенатального наблюдения отделения функциональной диагностики Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН свидетельствуют о ежегодном увеличении числа новорожденных с врожденными пороками сердца. Это даёт основание полагать, что количество беременных и рожениц с этой патологией сердца будет иметь тенденцию к дальнейшему увеличению [8].

Благодаря хирургической коррекции и достижениям в области терапевтического лечения все большее число женщин с ВПС достигают детородного возраста. Поэтому в последние годы значительно возрос удельный вес беременных с ВПС, в то время как общее количество беременных с патологией сердечно-сосудистой системы уменьшилось по сравнению с пятидесятыми годами XX века [3, 5].

Накопленный опыт ведения беременности и родов у женщин с ВПС привел к изменению психологического барьера у больных и врачей. Больные, хорошо осведомленные о достижениях медицины, а также о благополучном исходе беременности и родов, при этом стали более настойчивы в получении разрешения на вынашивание беременности. И как следствие этого, количество больных с тяжелой кардиальной патологией, поступающих в специализированные родильные дома, значительно возросло. Только 3% беременных с ВПС дают согласие на прерывание беременности. Следует отметить что, работ отечественных авторов, касающихся тактики ведения беременности и родов у женщин с ВПС недостаточно [8, 11, 16.]

Перед акушерами-гинекологами возникла новая, ранее не существовавшая проблема: ведение беременности, родов и профилактики тяжелых осложнений у беременных с ВПС.

Беременность предъявляет большие требования к сердечно - сосудистой системе, особенно у женщин страдающих заболеваниями сердца, компенсаторные возможности которых ограничены.

Частота обнаружения болезней сердца у беременных колеблется в последние годы от 0,4 до 4,7% случаев, из них около 1,5% приходится на ВПС. В структуре материнской смертности от экстрагенитальных заболеваний на долю болезней сердца приходится 28,5%. [15, 17.]

В Великобритании на долю ВПС приходится около 50% от общего числа пороков сердца во время беременности. После самоубийства, заболевания сердца являются ведущей причиной материнской смерти, в большинстве этих случаев имеет место ВПС. [59.]

Наличие ВПС является причиной неудовлетворительного течения беременности и неблагоприятных исходов для матери и плода. Большую роль в этом играет четкая кардиологическая тактика. Доказано, что даже при нормальном течении беременности и особенно в родах у матери и плода снижается насыщение крови кислородом. Еще в большей степени выражено это снижение у беременной с ВПС, что обуславливается циркуляторной или

смешанной респираторно- циркуляторной гипоксией. Хроническая гипоксия у матери, вызывая дистрофические изменения в плаценте, приводит к нарушению маточно- плацентарного кровообращения и кровообращения плода. Все это влечет за собой развитие у плода хронического кислородного голодания. [3, 32, 36, 40, 46].

Процессы гипоксии, нарушения кровообращения ведут к ряду изменений всех систем организма. В силу тяжести патологического процесса и определенных воздействий внешней среды компенсаторные изменения порой перерастают в патологический процесс, становясь причиной декомпенсации и гибели больных. Четкой границы перехода процесса компенсации к декомпенсации провести нельзя. Мнение о том, что больные, страдающие ВПС, хорошо переносят беременность в результате приспособления к гемодинамической нагрузке с ранних лет жизни не всегда оправдано [8, 30, 60].

Для определения степени риска важнейшим является точная оценка нозологической формы порока и степени исходных нарушений внутрисердечной гемодинамики.

М.П. Чернова (1977г) из всех ВПС выделила 9 наиболее часто встречающихся (в 85% случаев) и разделила их на 3 группы:

- со сбросом крови слева направо (дефект межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, открытое овальное окно);

- со сбросом крови справа налево и с артериальной гипоксемией (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, синдром гипоплазии левого сердца);

- с препятствием кровотоку (стеноз легочной артерии, стеноз устья аорты, коарктация аорты);

Наиболее часто у беременных женщин встречаются пороки со сбросом крови слева направо. [32.].

Дефект межжелудочковой перегородки – является одним из самых распространенных ВПС и частота его колеблется от 11 до 23,7%, а среди

беременных – в 18% случаях. Открытый артериальный проток встречается в популяции в 10-18%, а среди беременных – в 23% случаях. Дефект межпредсердной перегородки распространен в популяции в 5-15%, а среди беременных – в 23% случаях. Открытое овальное окно диагностируется в популяции в 16%, среди беременных – в 8% случаях. [1, 22.]

По мнению отечественных авторов, если заболевание сопровождается недостаточностью кровообращения любой степени выраженности, легочной гипертензией, то беременность необходимо прервать. [3, 6, 47.].

Ведение беременности при наличии у женщины ВПС требует тщательного наблюдения с самых ранних сроков. В ряде случаев у женщин, страдающих декомпенсированными пороками сердца, наблюдаются симптомы, связанные с заболеванием, которые также характерны и для беременности: нарушение общего самочувствия, тошнота, рвота, изменения функции и состояния репродуктивной системы (аменорея, цианоз слизистой оболочки входа во влагалище и шейки матки, увеличение размеров матки). Выявленные симптомы у данного контингента женщин встречаются и при отсутствии беременности, и в связи с этим нередко отмечаются ошибочные заключения. Многие беременные поздно обращаются в женскую консультацию, из-за боязни того, что им придется прерывать беременность [3, 9, 12, 26, 44].

Беременность при ВПС, по данным разных авторов, в 8,8 – 30,3% случаев осложняется гестозом. Угроза прерывания беременности имела в 14,9%, есть указания в анамнезе на самопроизвольные аборты – в 20,2% случаев больных. Невынашивание плода не свойственно беременным с ВПС. Однако в родах часто наступает раннее и преждевременное излитие околоплодных вод (18,4 - 26%), слабость родовой деятельности – в 8%. Частота самопроизвольных преждевременных родов колеблется от 3,0 до 24,1% [35, 37, 40, 42, 46, 48, 55].

Преждевременные роды могут зависеть не только от тяжести общего состояния беременной, но и от применения некоторых лекарственных препаратов. Так, в частности, при включении в комплексное лечение беременных с артериальной гипертензией бета –адреноблокаторов, кроме

присущих им основных лечебных свойств, прослеживается побочное – стимулирующее действие на сократительную способность беременной матки. В ряде исследований показана связь между приемом бета-адреноблокаторов и внутриутробной задержкой развития плода. Однако основной причиной преждевременных родов у больных с ВПС следует признать гипоксию и ее последствия для функций всех органов и тканей как матери, так и плода. [22.]

Исследователи из США, провели наблюдения за течением беременности у женщин с коррегированной транспозицией магистральных сосудов. Ими зарегистрировано прерывание беременности на ранних сроках в 22%, а преждевременные роды – 4% случаях. Из акушерских осложнений наиболее часто они диагностировали гестоз – в 24%, тогда как бактериальный эндокардит и другие осложнения со стороны сердца – в 6%. [36.]

Нью-Йоркской ассоциацией кардиологов проведено исследование, определяющее риск беременности для женщин с дефектом межжелудочковой перегородки. В общей сложности в 19% случаев произошли выкидыши у женщин со сроком беременности до 20 недель. Сердечно-сосудистые осложнения были обнаружены почти в 40% случаев. У новорожденных детей в 12% случаях, так же данные авторы диагностировали ВПС. В раннем неонатальном периоде была зафиксирована смерть новорожденных в 6% случаев. [38.]

В настоящее время накопилось достаточно данных о неблагоприятном воздействии на плод различных факторов, сопровождающих сердечно-сосудистую патологию у матери. На состояние и развитие плода могут оказывать влияние как основной патологический процесс, применение медикаментозных препаратов, а так же присоединение акушерской патологии (гестоз, невынашивание беременности и др.) [33, 37, 42, 50.]

У данного контингента женщин в 9,5% случаях рождаются дети с признаками недоношенности и функциональной незрелости, в 11,3% – с повреждением центральной нервной системы. Характерными особенностями таких детей являются гипотрофия и замедленное развитие в периоде

новорожденности. Гипотрофия плода наблюдается в 22,5 -29,9% случаев [10, 18, 24, 32].

Дети с задержкой внутриутробного развития в большей степени подвержены тяжелым и длительным инфекционным заболеваниям, а также сочетанной патологии как в периоде новорожденности, так и в последующие годы их жизни [3, 4, 27, 35].

Важно отметить, что при рождении у детей, матери которых страдают ВПС, гораздо чаще (6-7%) выявляются врожденные аномалии развития (косоплодность, полидактилия и др.) и пороки сердца. Большинство ВПС имеет четко выраженный тип генетического наследования [19, 39, 49, 54].

Частота ВПС среди новорожденных от женщин с септальными пороками сердца, составляет 2,3% [2, 51].

В Бостоне (США) был проведен анализ перинатальных исходов у женщин с ВПС. У рожденных живыми в 7,1% случаев диагностированы врожденные аномалии сердца: тетрада Фалло, ДМЖП, кардиомиопатия и открытый артериальный проток. Все случаи были диагностированы ультразвуковым исследованием до рождения. Кроме сердечных аномалий были установлены и другие пороки развития: единственная пупочная артерия, аномальная левая подключичная артерия и дисгинезия ганад [47].

Состояние беременной женщины иногда удается с помощью лечения сохранять вполне удовлетворительным, но у плода могут быть отклонения в его развитии (гидроцефалия, пороки сердца и др.), что важно верифицировать как можно раньше дабы прервать беременность [3, 21.].

Таким образом, врожденная патология сердечно-сосудистой системы остается одной из ведущих причин ранней инвалидизации и смерти в детском возрасте. В связи с увеличением частоты встречаемости ВПС и проведения хирургической коррекции в детстве, все большее количество женщин доживают до репродуктивного возраста. В современной литературе, работ отечественных авторов касающихся вопросов тактики ведения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с ВПС не достаточно.

Сложившаяся ситуация диктует необходимость более углубленного изучения данной проблемы, разработки тактики ведения беременности и родов, а также улучшение перинатальных исходов у женщин с ВПС.

PREGNANCY, DELIVERY AND PERINATAL OUTCOMES ON THE BASIS OF CONGENITAL HEART DISEASE

N.V. Strizhak, A.T. Egorova

Krasnoyarsk state medical academy named in honour of V.F. Vojno-Yasenetskij

The review of modern literature concerning the problem of pregnancy, delivery and perinatal outcomes in women with congenital heart disease is available in the article. Literary statistic data about prevalence of congenital heart disease are presented.

Литература

1. Белоконов Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца. – М.: Медицина, 1991. – 351с.
2. Беляева Е.Д., Тетелютина Ф.К. Течение беременности и родов у женщин с септальными пороками сердца: Мат. IX Рос. Форума “Мать и дитя”. – М, 2007. – С. 17-18.
3. Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая патология. – М.: Медицина, 1991. – 224с.
4. Вериженко Т.А., Подольский В. В. Антенатальная охрана плода у беременных с врожденными пороками сердца // Акуш. и гинекология. – 1989. – №8. – С. 27-30.
5. Геньк И.А. Патологическая кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периодах у женщин, страдающих пороками сердца // Вопр. охр. мат. и детства. – 1988. – №6. – С. 67-71.
6. Гусева О.И. Врожденные пороки сердца при аномалиях желудочно-кишечного тракта // Пренат. диагностика. – 2005. – №3. – С. 196-201.

7. Гутман Л.Б., Дашкевич В.Е., Меллина И.М., Медведь В.И. Беременность и роды у женщин с искусственными клапанами сердца // Акуш. и гинекология. – 1986. – №1. – С. 49-51.
8. Затикян Е.П. Врожденные и приобретенные пороки сердца у беременных. – М.: Триада-Х, 2004. – 294с.
9. Камалов Э.М., Хамадьянов У.Р., Утяшева Р.А. Современная стратегия повышения качества кардиоакушерской помощи беременным с сердечно-сосудистой патологией: Мат. первого регион. науч. форума “Мать и дитя”. – Казань, 2007. – С. 62-63.
10. Кожухова Т.М., Смирнова Л.М. Особенности развития детей у матерей с протезами клапанов сердца / Развитие детей 1-го года жизни в зависимости от характера ранней адаптации в периоде новорожденности. – М, 1992. – С. 133-143.
11. Козина О.В. Психологические аспекты и качество жизни беременных с соединительнотканнными дисплазиями сердца: Мат. перв. регион. научного форума “Мать и дитя”. – Казань, 2007. – С. 72-73.
12. Кузьменко З.П., Мокрик Г.А., Степанищев А.Б. Гемодинамика в родах у женщин с искусственными клапанами сердца // Акуш. и гинекология. – 1987. – №4. – С. 62-63.
13. Кулаков В.И. Беременность и роды при пороках развития плода // Акуш. и гинекология. – 2007. – №6. – С. 21-25.
14. Макацария А.Д., Акиньшина С.В., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М. Патогенез тромбозов искусственных клапанов сердца во время беременности: Мат. IX Рос. Форума “Мать и дитя”. – М, 2007. – С. 151-152
15. Манухин И.Б. Ведение беременности и родов у больных с оперированным сердцем: автореф.дис. ...д-ра мед. наук. – Киев, 1987. – 39 с.
16. Манухин И.Б Оперированное сердце и беременность // Акуш. и гинекология. – 1997. – № 5. --С. 43-50.

17. Манухин И.Б., Шехтман М.М., Невзоров О.Б. Беременность и роды у больных митральным пороком сердца. – М.: Триада-Х, 2001. – 144 с.
18. Маринченко Е.В., Студеная Л. Б., Шахова А.Д., Алиханова А.Н. Гипотрофия плода у беременных с врожденными пороками сердца // Вопр. охр. мат. и детства. – 1988. – Т.33, №4. – С. 75-76.
19. Медведев М.В. Новые ультразвуковые технологии в пренатальной диагностике врожденных пороков сердца // Пренат. диагностика. – 2005. – Т.4. – №3. – С. 169-178.
20. Мельников А.П. Диагностическое и прогностическое значение исследования параметров системы гемостаза у рожениц с пороками сердца и их новорожденных: автореф.дисс. ...канд. мед. наук. – М., 1989. – 27 с.
21. Нигматулмаева М.Н. Порок сердца у беременных как фактор риска развития фетоплацентарной недостаточности // Рос. вест. акуш. и гинекологии. – 2001. – Т.1. – №2. – С. 30-31.
22. Нисвадер К., Эванс А. Акушерство справочник Калифорнийского университета. – М.: Практика, 1999. – 267с.
23. Петрухин В.А., Мравян С.Р. Временные параметры variability сердечного ритма у беременных с пороками сердца // Мат. перв. регион. науч. форума “Мать и дитя”. – Казань, 2007. – С. 124-125.
24. Саламова О.Е. Влияние терапии коагулоактивными препаратами, проводимой беременным с пороками сердца, на систему гемостаза и новорожденных // Вопр. охр. мат. и детства. – 1989. – Т.34, №1. - С. 18-21.
25. Салов И.А., Маршалов Д.В. Тактика инфузионной терапии у беременных, рожениц и родильниц с пороками сердца: Мат. IX Рос. Форума “Мать и дитя”. – М., 2007. – С. 222-223.

26. Серов В.Н., Манухин И.Б. Акушерская тактика у беременных с оперированным сердцем // Акуш. и гинекология. – 1991. – №9. – С. 69-73.
27. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода // Рус. мед. журн. – 2005. – Т.13. – № 1. – С. 31-33.
28. Стрижаков А.Н. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Акуш. и гинекология. – 2000. – №5. – С. 12-17.
29. Телютина Ф.К., Шинкарева Л.Ф. Опыт ведения беременности и родов при пороках сердца // Акуш. и гинекология. – 1990. – №12. – С. 56-57.
30. Францев В.И., Селиваненко В.Т. Врожденные пороки сердца и беременность // Акуш. и гинекология. – 1987. – №6. – С. 34-35.
31. Чернуха Е.А. Ведение родов высокого риска // Рос. мед. журн. – 2001. – №1. – С. 26-31.
32. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999. – 816 с.
33. Шулович В., Радукевич Н., Шкурина Т. Пороки сердца и беременность // Акуш. и гинекология. – 1986. – №10. – С. 65-66.
34. Almange C. Grossesse et cardiopathies congenitales // Arch. Mal-Coeur. Vaiss. – 2002. – Vol.95, N. 11. – P. 1040-1044
35. Beauchesne L.M., Connolly H.M., Ammash N.M. et. al. Coarctation of the aorta: outcome of pregnancy // J. Am. Coll. Cardiol. – 2001. Vol. 38, N.15. – P. 1728-1733.
36. Connolly H.M. Pregnancy in women with congenital heart disease // Curr. Cardiol. Rep. – 2005. – Vol. 7, N.4. – P. 305-309.
37. Dranienkiene A., Opitz C.F., Gumbiene L. et. al. Pregnancy in patients with Eisenmenger's syndrome. Experiences from Vilnius 1967-2003 // Dtsch-Med-Wochenschr. – 2004. – Vol. 129, N.30. – P. 35-39.

38. Drenthen W., Pieper P.G., Roos-Hesselink J.W. et al. Cardiac complications relating to pregnancy and recurrence of disease in the offspring of women with atrioventricular septal defects // *Eur. Heart. J.* – 2005. – Vol. 26, N.23. – P. 2581-2587.
39. Fengzhi F., Jianqiu Y., Mingying G. Pulmonary embolism during pregnancy and the postpartum period: report of 2 cases // *Chin. Med. Sci. J.* – 2002. – Vol. 17, N.4. – P. 246-250.
40. Head C.E., Thorne S.A. Congenital heart disease in pregnancy // *Postgrad. Med. J.* – 2005. – Vol. 81, N.955. – P. 292-298.
41. Hoare J.V., Radford D. Pregnancy after fontan repair of complex congenital heart disease // *Aust. N-Z. J. Obstet. Gynaecol.* – 2001. – Vol. 41, N.4. – P. 464-468.
42. Earing M.G., Webb G.D. Congenital heart disease and pregnancy: maternal and fetal risks // *Clin. Perinatol.* – 2005. – Vol. 32, N.4. – P. 913-919.
43. Kafka H., Johnson M.R., Gatzoulis M.A. The team approach to pregnancy and congenital heart disease // *Cardiol. Clin.* – 2006. – Vol. 24, N.4. – P. 587-605.
44. Kallen B., Otterblad-Olausson P. Antidepressant drugs during pregnancy and infant congenital heart defect // *Reprod. Toxicol.* – 2006. – Vol. 21, N.3. – P. 221-222.
45. Keser N. Echocardiography in pregnant women // *Anadolu-Kardiol. Derg.* – 2006. – Vol. 6, N.2. – P. 169-173.
46. Kohler F., Fotuhi P., Baumann G. Pregnancy and congenital heart defects // *Z. Kardiol.* – 2001. – Vol. 90, N.4. – P. 30-35.
47. Khairy P., David W., Ouyang M.D. et al. Pregnancy outcomes in women with congenital heart disease // *Circulation.* – 2006. – Vol. 113. – P. 517-524
48. Lupton M., Oteng-Ntim E., Ayida G. Cardiac disease in pregnancy // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol.14, N.2. – P. 137-143

49. Meijer J.M., Pieper P.G., Drenthen W. et al. Pregnancy, fertility, and recurrence risk in corrected tetralogy of Fallot // *Heart*. – 2005. – Vol. 91, N6. – P. 801-805.
50. Pieper P.G., Roos-Hesselink J.W. Congenital heart disease and pregnancy // *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* – 2004. – Vol. 148, N.25. – P. 1227-1231.
51. Piesiewicz W., Goch A., Binikowski Z. et al. Changes in the cardiovascular system during pregnancy in women with secondary atrial septal defect // *Kardiol. Pol.* – 2004. – Vol. 60, N.3. – P. 218-228.
52. Preis K., Swiatkowska-Freund M., Ciach K. et al. Pregnancy and delivery in women with congenital heart disease // *Ginekol. Pol.* – 2003. – Vol. 74, N.10. – P. 1251-1255.
53. Redondo L., Martins L., Rodrigues R. Patologia cardiaca e gravidez // *Acta Med. Port.* – 2002. – Vol. 15, N2. – P. 155-159.
54. Vohra S., Koren G. Hypothetical framework for a relationship between maternal thyroid function, nausea and vomiting of pregnancy, and congenital heart disease // *Med. Hypotheses*. – 2001. – Vol. 56, N.3. – P. 392-394
55. Vriend J.W., Drenthen W., Pieper P.G. et al. Outcome of pregnancy in patients after repair of aortic coarctation // *Eur. Heart J.* – 2005. – Vol. 26, N.20. – P 2173-2178.
56. Schmaltz A.A., Neudorf U., Winkler U.H. Outcome of pregnancy in women with congenital heart disease // *Cardiol. Young.* – 1999. – Vol. 9, N.1. – P. 88-96.
57. Stout K. Pregnancy in women with congenital heart disease: the importance of evaluation and counseling // *Heart*. – 2005. – Vol. 91, N.6. – P. 713-714.
58. Tateno S., Niwa K., Nakazawa M. et al. Arrhythmia and conduction disturbances in patients with congenital heart disease during pregnancy: multicenter study // *Circ. J.* – 2003. – Vol. 67, N.12. – P. 992-997.

59. Uebing A., Steer P.J., Yentis S.M. et. al. Pregnancy and congenital heart disease // *BMJ*. – 2006. – Vol. 18, N.332. – P. 401-406.

60. Wentges-van-Holthe J.M., van-Tonningen-van-Driel M.M. Congenital heart disease and pregnancy // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* – 2005. – Vol. 149, N.14. – P. 784-789.