

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ, КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Т.М. Соколова, А.В. Усова*

ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий»

* Новосибирский государственный медицинский университет

Проведено изучение течения беременности у пациенток с врожденными пороками сердца (ВПС), осложненными инфекционным эндокардитом (ИЭ). Обследована 21 женщина, в возрасте от 16 до 38 лет. Исследование показало, что острый и подострый ИЭ является противопоказанием к беременности. Прерывание беременности проводится в любом сроке по жизненным показаниям под защитой массивной антибиотикотерапии, но и при этом летальность крайне высока. Хронический ИЭ с невысокой степенью активности и хорошо поддающийся лечению, при отсутствии тяжелого поражения сердца позволяет разрешить вынашивание беременности и роды. При решении вопроса о допустимости беременности у пациенток с ВПС, осложненными ИЭ, необходимо обследование пациентки в специализированном кардиохирургическом учреждении.

Инфекционный эндокардит – воспалительное поражение клапанов сердца и пристеночного эндокарда, обусловленное прямым внедрением возбудителя и протекающее чаще всего по типу сепсиса, остро или подостро, с циркуляцией возбудителя в крови, эмболиями, иммунопатологическими изменениями и осложнениями. Проблема ИЭ приобрела особую актуальность в связи с увеличением заболеваемости в последние десятилетия. В расчёте на 1 млн населения заболеваемость эндокардитом составляет: в США – 38–93 чел., в Швеции – 59, Канаде – 20–25, Англии – 23–25, Франции – 18–23, Германии и Италии – 16. В России этот показатель достиг 46,3 чел. на 1 млн населения.

Инфекционный эндокардит – полиэтиологическое заболевание. В настоящее время в качестве возбудителей болезни известны более 128 микроорганизмов. Вид возбудителя во многом определяет уровень летальности при ИЭ. Если в 1950–60-е годы преобладал зелёный стрептококк, то в последние десятилетия XX века основными возбудителями ИЭ стали эпидермальный и золотистый стафилококки, которые выделяют у 75–80% больных с положительной гемокультурой. Количество смертельных исходов при ИЭ, вызванном золотистым стафилококком и грамотрицательными бактериями, составляет соответственно 60–80 и 47–72%.

Клиническая классификация ИЭ: по клинико-морфологической форме (первичная, возникающая на неизменённых клапанах сердца; вторичная, развивающаяся на предшествующей

патологии клапанов и крупных сосудов), по этиологическому фактору (стрепто-, стафило-, энтерококковый, грибковый), по течению (острый – длительностью до 2 мес., подострый – более 2 мес., хронический рецидивирующий, затяжной – более 6 мес.).

Острый (септический) ИЭ – воспалительное поражение эндокарда, вызванное высоковирулентными микроорганизмами, протекающее с выраженными инфекционно-токсическими (септическими) проявлениями, частым формированием гнойных метастазов в различные органы и ткани, преимущественно без иммунных проявлений, которые не успевают развиться из-за скоротечности болезни. Острый ИЭ – осложнение сепсиса.

Подострый ИЭ – особая форма сепсиса, обусловленная внутрисердечным инфекционным очагом, который вызывает рецидивирующую септицемию, эмболии, нарастающие изменения в иммунной системе, приводящие к развитию нефрита, васкулита, синовита, полисерозита. Этот вариант заболевания возникает при маловирулентном возбудителе (энтерококке, эпидермальном стафилококке, гемофилюсе), определённых соотношениях патогенности возбудителя и реактивности организма, а также при недостаточно эффективной антибактериальной терапии.

Затяжной ИЭ представляет собой этиологический вариант подострого эндокардита. Его вызывают зелёный стрептококк или близкие к нему штаммы стрептококка. Характеризуется пролонгированным течением, отсутствием

гнойных метастазов, преобладанием иммунопатологических проявлений, обусловленных поражением циркулирующих иммунных комплексов.

Инфекционный эндокардит – одно из серьезных осложнений пороков сердца, который в значительной мере определяет естественное течение заболевания и результаты хирургического лечения. В последние годы проблема ИЭ приобретает особую актуальность в связи с ростом его частоты (до 30–50% при врожденных пороках сердца (ВПС) и 70–80% при приобретенных пороках сердца (ППС)). Цель настоящего исследования – анализ влияния ИЭ, осложняющего ВПС, на течение и исходы беременности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании изучены исходы беременности у 21 пациентки с ВПС, осложненными ИЭ (19 пациенток с хроническим затяжным течением ИЭ, две пациентки с острым течением ИЭ). Среди них незаросший артериальный проток имелся у двух пациенток; митральная недостаточность – у двух пациенток; аортальный стеноз – у двух пациенток; четыре пациентки перенесли ранее коррекцию дефекта межпредсердной перегородки, две пациентки – коррекцию атриовентрикулярной коммуникации, четыре пациентки – коррекцию дефекта межжелудочковой перегородки, одна пациентка – коррекцию незаросшего артериального протока, две пациентки – коррекцию аортального стеноза, двум пациенткам с тетрадой Фалло был ранее наложен аорто-легочный анастомоз. 18 пациенток с хроническим ИЭ относились к I–II ФК по NYHA, одна – к III ФК.

Хирургическое лечение выполнялось в клинике ННИИПК в период с 1972 по 2004 г. Течение беременности изучалось при непосредственном обращении женщин в поликлинику НИИ патологии кровообращения, кабинет гинеколога и на основании анкетных данных. Проведен анализ медицинской документации: историй болезни, карт диспансерного наблюдения, результатов анкетирования. Использовали классификацию хронической недостаточности кровообращения NYHA. Полученные результаты сравнивались с данными статистического отчета по Новосибирской области за 1998 г., по которым 90% беременностей завершились срочными (37–40 нед.) родами, 3% – преждевременными родами и 7% – выкидышами. Всем пациенткам с ВПС, осложненными ИЭ, во время госпитализации в ННИИПК (вне беременности) проводи-

лось бактериологическое исследование содержимого влагалища для идентификации возбудителя.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст женщин составил от 16 до 38 лет (в среднем $23,2 \pm 2,9$ года). Из 27 беременностей у женщин с ВПС 12 (44,4%) завершились родами в срок, 3 (11,1%) – преждевременными, 12 (44,4%) – выкидышами, из них 9 (75%) произошли на ранних сроках (до 16 нед.), 3 (25%) – в срок 16–24 нед. В период беременности отмечено прогрессирование степени недостаточности митрального клапана у одной пациентки, у шести состояние ухудшилось в ближайшие 1–2 года после родов: в 4 случаях увеличилась степень аортального стеноза, у четырех произошло вовлечение в воспалительный процесс ранее интактного клапана.

Острый ИЭ во время беременности развивался у двух больных: у больной с незаросшим артериальным протоком (в срок 28 нед.) и у больной с тетрадой Фалло после наложения межсудистого анастомоза в срок 34 нед. Клинически заболевание выражалось высокой лихорадкой, геморрагическим синдромом, тромбоваскулитом. Оба случая закончились летальным исходом. Причиной смерти больных была септическая тромбоэмболия в сосуды головного мозга.

Анализ состояния детей при рождении показал: всего живых детей 15 (12 – доношенных, 3 – недоношенных), у 8 (53,3%) новорожденных (из них у 5 доношенных и 3 недоношенных) были выявлены признаки внутриутробного инфицирования: внутриутробная пневмония у двух, стафилодермия у трех, стафилококковый дизбактериоз у четырех детей, один новорожденный погиб от гнойно-септических осложнений.

Исходы беременности у пациенток с ВПС, осложненными ИЭ, характеризуются высокой частотой самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, а также прогрессированием поражения клапанов и миокарда больных, что способствует внутриутробному инфицированию новорожденных, перинатальной и материнской смертности.

Острый и подострый ИЭ служат противопоказанием к беременности. Прерывание беременности проводится в любом сроке по жизненным показаниям под защитой массивной антибиотикотерапии. Однако и при этом летальность крайне высока. Хронический ИЭ с невысокой степенью активности и хорошо поддающийся лечению при отсутствии тяжелого

поражения сердца позволяет разрешить вынашивание беременности и роды.

Бактериологическими исследованиями влагалищного содержимого у пациенток с ВПС, осложненными ИЭ (вне беременности), подтверждена 100% обсемененность аэробными и факультативными анаэробными микроорганизмами, которые преобладали в ассоциациях и преимущественно выделены: *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus epidermidis*, *E. Coli*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Candida albicans*. Таким образом, нарушения кровообращения и процессы, протекающие в организме больного с пороком сердца, объединяют все системы в единый организм, который функционирует по заданной биологической программе, в которой важную роль играет кровообращение, а инфицирование сосудистой системы на фоне снижения биологических факторов защиты организма (иммунитета), формирует патологические процессы в органах и системах.

ВЫВОДЫ

При решении вопроса о допустимости беременности у пациенток с ВПС, осложненными ИЭ, необходимо обследование пациентки в специализированном кардиохирургическом учреждении. Вынашивание беременности у больных с ВПС, осложненными ИЭ, возможно только при наступлении стойкой ремиссии. При наступлении беременности у пациенток с ВПС, осложненными хроническим ИЭ, необходимо информировать женщину о высоком риске раз-

вития осложнений и возможном неблагоприятном исходе беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бейлин А.Л. Беременность и роды у больных с врожденными пороками сердца и крупных сосудов // *Беременность и сердечно-сосудистая патология* / Под ред. Л.В. Ваниной. М., 1988. С. 38–44.
2. Ванина Л.В. Беременность и роды при пороках сердца. М., 1991. 323 с.
3. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. М.: Медицина, 1994. 320 с.
4. Макацария А.Д., Смирнова Л.М., Бильгистер Н.А. // *Акуш. и гин.* 1994. № 2. С. 3–4.
5. Манухин И.Б. // *Акуш. и гин.* 1997. № 5. С. 43–50.
6. Нисвандер К., Эванс А. *Акушерство: Справочник Калифорнийского университета. М.: Практика*, 1999. С. 67–80.
7. Протопопова Т.А. // *Акуш. и гин.* 1986. № 3. С. 72–76.
8. Серов В.Н., Манухин И.Б. // *Ж. Акушерство и гинекология.* 1989. № 11. С. 12–15.
9. Шехтман М.М. *Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Триада-Х*, 2003. С. 7–169.
10. Hugo R., Theiss W., Kuhn W., Graeff H. // *Gynecologie.* 1984. Bd. 17, № 2. S. 121–130.
11. Tan K., Jacson G. // *Eur. Heart J.* 1996. V. 17. P. 1304–1305.
12. *The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy* // *Eur. Heart J.* 2003. V. 24. P. 761–81.