

Врожденные пороки сердца и беременность

А. С. ГАЛЯВИЧ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии КГМУ.

Истинные данные по распространенности врожденных пороков сердца у беременных отсутствуют. По данным кардиологического диспансера г. Казани в 2001 году врожденные пороки сердца (ВПС) имелись у 0,5% беременных, в том числе у 26 беременных ВПС был выявлен впервые (!).

Опасность заключается в том, что наличие ВПС:

1. Ухудшает течение беременности из-за осложнений (чаще всего сердечной недостаточности).
2. Увеличивает материнскую смертность.
3. Представляет угрозу для плода в плане неонатальной смертности.
4. Представляет угрозу для плода в отношении передачи порока сердца по наследству.

В таблице 1 представлена вероятность ВПС у детей при наличии ВПС у одного из родителей.

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) иногда выявляется впервые во время беременности. Наличие сброса крови (шунт) из левого в правое предсердие может приводить к развитию легочной гипертензии, перегрузке правого желудочка объемом и его недостаточности, аритмиям и эмболизации. Прогноз во многом зависит от степени выраженности легочной гипертензии, размеров дефекта, наличия осложнений (фибрилляция предсердий).

Таблица 1

Вероятность ВПС у детей при наличии ВПС у одного из родителей

ВПС у родителя	риск ВПС у детей, в %
Дефект межпредсердной перегородки	3-11
Дефект межжелудочковой перегородки	4-22
Открытый артериальный проток	4-11
Тетрада Фалло	4-15
Гипертрофическая кардиомиопатия	50
Синдром Марфана	50

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — при небольших размерах и отсутствии легочной гипертензии переносится беременными неплохо. Прогноз для матери, как правило, хороший, однако вероятность смерти плода около 20%.

Открытый артериальный проток (ОАП) — обычно переносится беременными хорошо при отсутствии выраженной легочной гипертензии.

Тетрада Фалло — характеризуется сбросом справа налево из-за стеноза легочной артерии. При отсутствии ее коррекции материнская смертность и вероятность смерти плода очень высоки.

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) — врожденная патология, характеризующаяся увеличением стенок левого желудочка с обструкцией кровотока или без нее. При обструктивной форме ГКМП у беременных снижение периферического сосудистого сопротивления и депонирование венозной крови могут приводить к выраженной гипотензии. Высокое содержание катехоламинов может усугубить обструкцию выносящего тракта левого желудочка. У беременных может усиливаться одышка, сердцебиение, дискомфорт в грудной клетке. Редким осложнением является внезапная смерть.

При ГКМП важно избегать депонирования крови в венах, т.к. уменьшение венозного возврата приводит к уменьшению сердечного выброса. Лекарствен-

ное лечение проводится по общим показаниям с учетом предосторожностей при беременности.

Синдром Марфана. Для беременных женщин с этим заболеванием высоким является риск разрыва корня аорты, особенно при его размере более 4 см (по другим данным более 5 см) по результатам ЭхоКГ. В связи с высоким риском осложнений и передачей этого состояния по наследству более чем в 50% случаев беременность не показана. При сохранении беременности рекомендуется физический покой и тщательный контроль АД для предупреждения разрыва аорты.

Родоразрешение при синдроме Марфана — кесарево сечение с целью предупреждения разрыва аорты.

Легочная гипертензия (ЛГ). Наличие ЛГ (первичной или вторичной) является противопоказанием для беременности. Следует помнить, что хирургическая коррекция врожденного порока сердца даже в раннем возрасте может не устранить имеющуюся ЛГ. Беременность способствует нарастанию ЛГ независимо от ее причины и может привести к летальному исходу. Риск неблагоприятного исхода при наличии ЛГ существенно возрастает при давлении в легочной артерии 50% и выше от системного артериального давления. Материнская смертность достигает 30-70%. Смерть матери чаще возникает в во время схваток или родов, а также может быть в ранний послеродовой период (1 неделя). При выживании матери смерть плода наступает в 40%. В связи с этим при выявлении ЛГ на ранних стадиях беременности рекомендуется ее прерывание. На поздних стадиях беременности требуется тщательный врачебный контроль. При этом рекомендуется сохранение ОЦК на достаточном уровне, особенно при родах.

Таким образом, беременность строго противопоказана при:

- легочной гипертензии любой этиологии;
- ВПС с цианозом;
- синдроме Марфана с дилатацией аорты.

В таблице 2 представлены группы риска сердечно-сосудистых заболеваний при беременности.

Таблица 2

Группы риска сердечно-сосудистых заболеваний при беременности

Низкий риск, Смертность < 1%, Осложнения < 10%	Средний риск, Смертность < 1-7%, Осложнения < 10-30%	Высокий риск, Смертность < 15-50%, Осложнения < 30-50%
1. Пороки сердца с незначительным сбросом крови	1. Митральный стеноз средней степени или выраженный	1. ХСН 3-4 ФК
2. Недостаточности клапанов с сохраненной функцией левого желудочка	2. Клапанные протезы	2. Легочная гипертензия (первичная или вторичная)
3. Умеренная обструкция выносящего тракта левого или правого желудочка	3. Пороки сердца с цианозом (без легочной гипертензии)	3. Выраженная обструкция выносящего тракта ЛЖ
4. Тетрада Фалло	4. Кардиомиопатии	4. Синдром Марфана с дилатацией аорты и аортальной недостаточностью
5. Бессимптомная ГКМП без градиента и аритмий	5. Инфаркт миокарда в анамнезе	5. Недавний инфаркт миокарда (2 недели)

Литература

1. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность (Методические рекомендации). Казань, 2002. Гальявич А. С., Нетребко Б. В., Фатыхов А. М., Горнаева Л. И.
2. Expert consensus document on management of cardiovascular disease during pregnancy. Eur. Heart J. (2003), 24 761-781.