Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.
23.05.2009 11:19 - Обновлено 23.05.2009 11:24

Патология сердечно сосудистой системы занимает одно из ведущих мест среди заболеваний у беременных. Основными осложнениями среди сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности является гестоз, анемия, самопроизвольное прерывание беременности, преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода. Во время беременности происходят увеличение нагрузки на сердечно-сосудистую систему, что может приводить к усугублению течения сердечно-сосудистой патологии. В частности, увеличивается масса беременной женщины 10-11%. Отмечается высокое стояние диафрагмы, что приводит к смещению оси сердца в горизонтальное положение. Одновременно формируется новый маточно-плацентарный круг кровообращения. Объем циркулирующей крови возрастает на 30-40%. Увеличивается минутный объем сердца, частота сокращений сердца, артериальное и венозное давление, общее периферическое сопротивление сосудов. В родах работа сердца усиливается максимально. При этом увеличивается газообмен и потребление кислорода, особенно во время потуг. В послеродовом периоде происходит перераспределение крови в связи с уменьшением внутриматочного и внутрибрюшного давления. Приобретенные и врожденные пороки сердца встречаются у до 8-9% наблюдений среди беременных.

Пролапс митрального клапана возникает в результате наследственной неполноценности его соединительной ткани и нарушения нейрогуморальной регуляции функции сердца. Наиболее типичным клиническим проявлением является специфический щелчок, который определяется при выслушивании сердечных тонов. При этом у больных могут возникать приступы тахикардии, боли в сердце. Наиболее достоверным методом диагностики является ультразвуковое исследование сердца. Данное заболевание, как правило, не оказывает отрицательного влияние на течение беременности и развитие плода. Наблюдение за беременными и их родоразрешение осуществляется в соответствии с общепринятыми принципами, так же как и при обычной беременности.

Приобретенные ревматические пороки сердца отмечаются у 4-6% беременных. Обычно ревматический процесс протекает вяло и длительно. В большинстве случаев во время беременности ревматическая активность подавляется. Тем не менее, критические периоды возможного обострения заболевания отмечаются в 14 недель беременности, в 20-32 недели и в послеродовом периоде. Для диагностики ревматического процесса используют цитологические и иммунофлюоресцентные методы.

Активный ревматический процесс оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности в ее в ранние сроки. В этой связи беременность целесообразно прерывать и проводить антиревматическое лечение. Типичными осложнениями нередко на фоне ревматического процесса являются: гестоз, анемия, нарушение маточно-плацентарного кровотока, задержка роста плода, угроза прерывания беременности. Характер течения и ведения беременности и родов при наличии

приобретенных ревматических пороках сердца зависит от стадии развития порока, степени компенсации кровообращения, выраженности нарушения сердечного ритма и активности ревматического процесса. Таким образом, прогноз течения беременности и родов у женщин с приобретенными ревматическими пороками сердца зависит от степени риска. К I степени риска относятся пациентки без выраженных признаков сердечной недостаточности и без обострения ревматизма. При II степени риска имеются начальные симптомы сердечной недостаточности и активная фаза ревматизма. III степень характеризуется признаками преобладания правожелудочковой недостаточности, второй стадией активности ревматизма, мерцательной аритмией, легочной гипертензией. При IV стадии имеют место признаки левожелудочковой недостаточности, третья стадия активности ревматизма, мерцательная аритмия с тромбоэмболическими проявлениями и легочная гипертензия. Соответственно сохранение беременности возможно при I и II степени риска при условии постоянного наблюдения за беременной. Беременные должны быть госпитализированы как минимум три раза: в 8-12 недель для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшем пролонгировании беременности; в 28-30 недель для проведения лечебно-диагностических мероприятий в связи с наибольшей нагрузкой на сердце; за 3 недели до предполагаемого срока родов для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Если при активном ревматическом процессе имеет место сердечная недостаточность I или IIA стадии, то возможно родоразрешение через естественные родовые пути с наложением акушерских щипцов для исключения потуг. Если имеется выраженная декомпенсация кровообращения с обострением ревмокардита, то выполняют кесарево сечение.

Митральный стеноз (сужение левого предсердно-желудочкого отверстия) у беременных в большинстве случаев сопровождается сердечной недостаточностью, которая проявляетсяи нарастает с ранних сроков беременности. Характер течения и ведения беременности при данной патологии зависит от степени сужения предсердно-желудочкого отверстия и выраженности сердечной недостаточности. Сохранение беременности возможно при митральном стенозе I степени без явлений обострения ревматизма, без сердечной недостаточности и без нарушений сердечного ритма. При митральном стенозе II и III степени в сочетании с сердечной недостаточностью и пневмониями беременность противопоказана из-за опасности развития отека легких. В этих случаях целесообразно прервать беременность в ранние сроки с последующим проведением комиссуротомии.

Митральная недостаточность (недостаточность левого предсердно-желудочкогово клапана). В большинстве случаев при данном пороке беременность и роды протекают без осложнений. В редких случаях выраженная митральная недостаточность может привести к тяжелой сердечной недостаточности. Хирургическим методом лечения митральной недостаточности является протезирование клапана. При эффективно выполненной операции и хорошем клиническом эффекте возможно сохранение беременности. Однако в этой ситуации возможны такие осложнения, как тромбоз клапана, мерцательная аритмия, декомпенсация сердечной деятельности септический эндокардит, что значительно осложняет течение беременности, и является показанием к ее прерыванию. Кроме того, во время беременности продолжается применение

препаратов, снижающих активность свертывающей системы крови, что требует тщательного контроля за ее состоянием. Таких пациенток обычно родоразрешают путем кесарева сечения.

При компенсированном аортальном стенозе беременность и роды возможны. Беременность противопоказана даже при начальных признаках недостаточности кровообращения. В случае хирургического лечения порока вопрос о возможности планирования беременности решают в зависимости от эффективности выполненной операции.

Аортальная недостаточность (недостаточность клапана аорты) чаще всего протекает благоприятно и не является противопоказанием для беременности. При компенсации кровообращения пациенток родоразрешают через естественные родовые пути.

Врожденные пороки сердца весьма разнообразны, и их частота составляет 3-5% от всех пороков. Особенности течения беременности и родов зависят не только от формы порока, но и от сопровождающих его осложнений, которые могут проявляться в виде недостаточности кровообращения, повышения давления в легочной артерии, выраженное снижение насыщения крови кислородом. Беременность допустима при таких врожденных пороках, как открытый артериальный проток, изолированный стеноз легочной артерии с небольшим сужением, коарктации аорты I степени, низко расположенном дефекте межжелудочковой перегородки, и при небольшом дефекте межпредсердной перегородки. Беременность противопоказана при высоко расположенном дефекте межжелудочковой перегородки, при значительном стенозе легочной артерии, большом дефекте межпредсердной перегородки, коарктации аорты, пороках «синего» типа.

Нарушения ритма сердца, такие как экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия без поражения клапанов сердца и миокарда, также как и нарушения атриовентрикулярной проводимости, сами по себе, как правило, не оказывают отрицательного влияния на исход беременности и родов. Мерцательная аритмия наоборот, приводит к развитию у беременных сердечной недостаточности и тромбоэмболических осложнений.

Родоразрешение беременных с пороками сердца проводят в специализированном стационаре, где пациентка находится под наблюдением не только акушера-гинеколога, но и терапевта, кардиолога, анестезиолога-реаниматолога. При отсутствии сердечной недостаточности проводят родоразрешение через естественные родовые пути под мониторным контролем за функцией сердечно-сосудистой системы и состояния плода. В родах проводится соответствующая терапия для поддержания функции сердечно-сосудистой системы и поэтапное адекватное обезболивание. Предпочтение отдают эпидуральной анестезии. Если сердечная недостаточность возникает во время родов, то их завершают наложением акушерских щипцов. Кесарево сечение выполняют при ухудшении показателей со стороны сердечно-сосудистой системы, при недостаточности кровообращения IIБ и III стадии, после осложненной митральной комиссуротомии и при протезах клапанов сердца. Необходимость в досрочном родоразрешении может возникнуть при отсутствии эффекта от комплексного лечения

сердечной недостаточности, при усугублении легочной гипертензии, при возникновении тромбоэмболии или активации ревматического процесса.

Особого внимания заслуживают пациентки после перенесенных операций по поводу пороков сердца. Так, после успешной митральной комиссуротомии возможно планирование беременности через 6-12 месяцев. Противопоказанием для беременности является бактериальный эндокардит, обострение ревматизма, повторное возникновение стеноза митрального клапана. Вопрос о возможности планирования беременности у пациенток после протезирования клапанов сердца решается сугубо индивидуально.

Продолжающиеся клинические исследования и их обнадеживающие результаты открывают более широкие перспективы планирования, вынашивания и успешного завершения беременности у женщин с различной сердечно-сосудистой патологией.