



Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и
кардиохирургии МОЗ Украины

Кафедра кардиологии и функциональной диагностики НМАПО

Врожденные пороки сердца при беременности

Носенко Н.Н.



Коарктация аорты



- Составляет 5 – 10% всех ВПС. Наиболее часто локализуется в месте перехода дуги аорты в грудной низходящий отдел ниже места отхождения левой подключичной артерии.

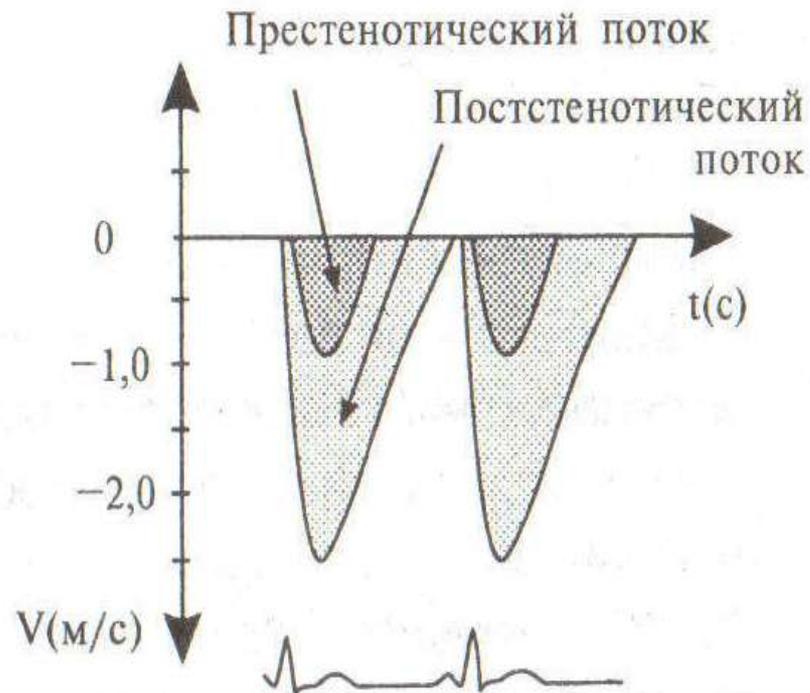
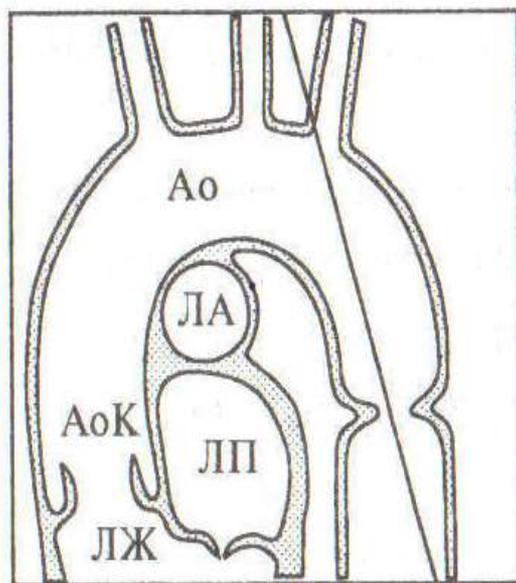
Коарктация аорты

Эхопризнаки:

- существенное ускорение потока в грудной нисходящей аорте в систолу по сравнению с потоком в грудной восходящей аорте;
- при умеренном и значительном пороке - наличие однонаправленной систолической и диастолической фаз потока (форма «зубьев пилы»);
- предстенотическая дилатация аорты;
- наличие аортальной регургитации;
- гипертрофия стенок левого желудочка;
- при значительной коарктации – нарушение систолической функции и дилатация ЛЖ;
- степень тяжести оценивают аналогично степени тяжести аортального стеноза

Коарктация аорты

CW-
Доплер



- CW- доплер сигнал при коарктации аорты.

Коарктация аорты



- ✓ Вопрос о возможности беременности лучше всего решать после оперативной коррекции порока. При коарктации аорты беременность допустима только при умеренном ее сужении и АД не $> 160/90$ мм рт.ст. Однако из-за опасности разрыва измененной стенки аорты роды заканчивают операцией кесарева сечения.
- ✓ Материнская смертность достигает 3,5% и связана с разрывом и расслоением аорты, разрывом аневризм сосудов Веллизиева круга, инфекционным эндокардитом.

Коарктация аорты



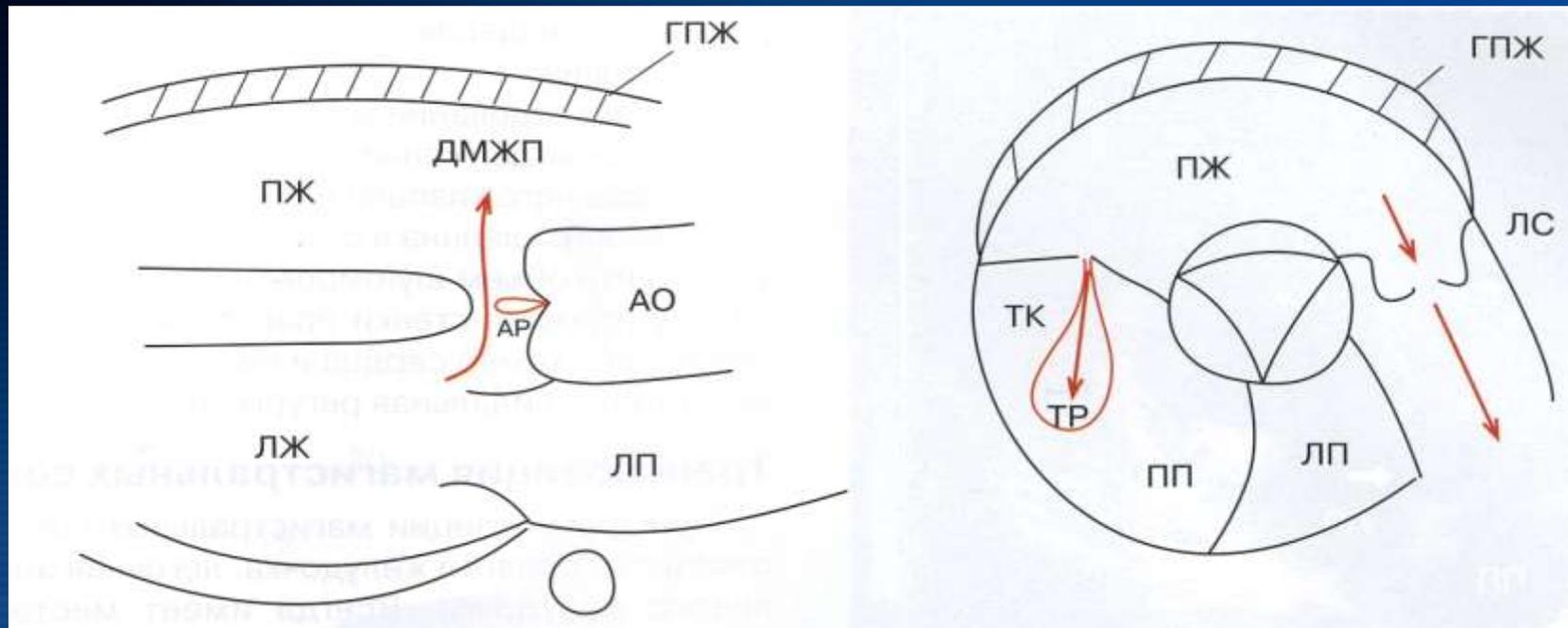
Возможные осложнения и риски:

- ✓ кровоизлияние в мозг;
- ✓ расслоение аорты и разрыв аорты;
- ✓ инфекционный эндокардит;
- ✓ сочетанный гестоз;
- ✓ самопроизвольное прерывание беременности;
- ✓ гипотрофия плода.



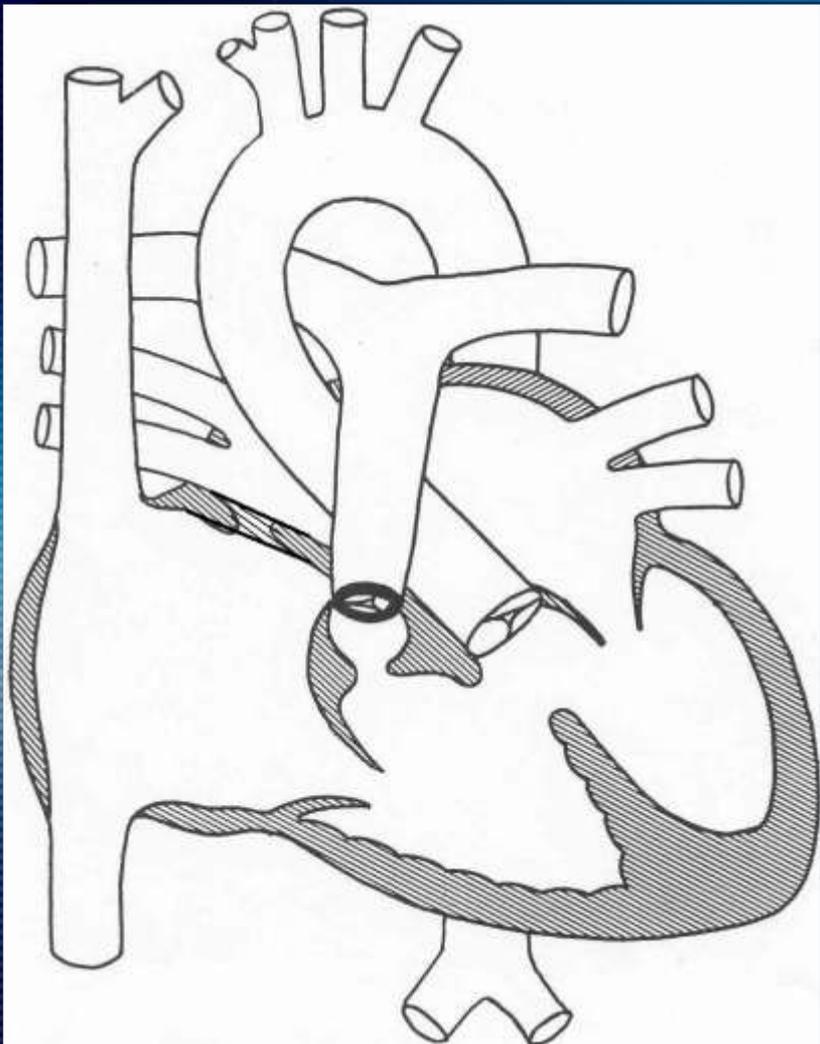
Редкие врожденные пороки сердца у взрослых

Тетрада Фалло



- Составляет около 10% ВПС.
Самый частый цианотический порок сердца у взрослых.

Тетрада Фалло



1. Обструкция выносящего тракта ПЖ.
2. ДМЖП.
3. Декстрапозиция аорты (аорта сидящая верхом на МЖП).
4. Гипертрофия ПЖ.



- ✓ «Синие» пороки служит противопоказанием для беременности и родов.
- ✓ Беременность резко утяжеляет течение этих пороков, велика опасность присоединения ИЭ, церебральных осложнений, тромбозов, СН, осложнений со стороны плода.



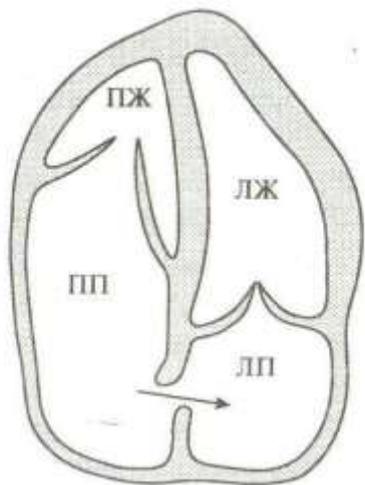
- ✓ При беременности на фоне некорригированной тетрады Фалло материнская смертность достигает 7%, перинатальная — 22%.
- ✓ Риск высокий, если сатурация кислорода $<85\%$.
- ✓ Риск беременности у оперированных больных зависит от состояния гемодинамики.
- ✓ Риск низкий, достигающий такового среди общей популяции, у больных с хорошо скорригированными пороками.



Зависимость числа рожденных живыми детей от степени выраженности цианоза у матерей, страдающих «синими» пороками сердца

Показатели	Число беременностей	Число рожденных живыми детей	Доля рожденных живыми детей (%)
Гемоглобин (г/л)¹:			
не выше 160	28	20	71
170–190	40	18	45
выше 200	26	2	8
Насыщение артериальной крови кислородом (%)²:			
не выше 85	17	2	12
85–89	22	10	45
90 и выше	13	12	92

Аномалия Эбштейна



Порок трехстворчатого клапана.
Составляющий менее 1% всех ВПС.

Тип 1 – малая форма порока, характеризующая смещением правого фиброзного кольца в полость ПЖ > 7 мм по отношению к левому фиброзному кольцу.

Тип 2 – характеризуется увеличением размеров створок и длины хорд ТК, их смещение в полость ПЖ или аномальным прикреплением хорд к стенкам ПЖ.

Эхопризнаки:



- Дилатация правых камер сердца.
- Признаки легочной гипертензии.
- Атриализация части правого желудочка.
- Уменьшение объема реального ПЖ.
- Гипертрофия стенки ПЖ.
- Дилатация нижней полой вены и печеночных вен.
- Частое сочетание с вторичным ДМПП.
- Патологическая ТР.



- ✓ Беременность при этом пороке категорически противопоказана.
- ✓ Во время беременности измененный ПЖ не способен справиться с возросшей нагрузкой.
- ✓ Основными причинами летального исхода служат фатальные аритмии, тяжелая СН, ТЭ, абсцессы мозга, ИЭ.

Способ родоразрешения.

- ✓ У беременных с низким риском не отличается от здоровых беременных.
- ✓ Роды через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией являются безопасным способом родоразрешения у беременных с клапанными пороками сердца при стабильном состоянии.
- ✓ Нет консенсуса относительно абсолютного противопоказания к вагинальным родам, поскольку это очень сильно зависит от состояния матери в период родоразрешения.

Кесарево сечение должно быть рассмотрено при:

- ✓ Сочетании порока с акушерскими осложнениями (узкий таз, неправильное положение плода в матке, предлежание плаценты).
- ✓ У пациентки на пероральных антикоагулянтах при преждевременных родах.
- ✓ Пациенты с синдромом Марфана и диаметром аорты больше 45 мм.
- ✓ У пациентов с расслоением аорты.
- ✓ Острая сердечная недостаточность.

Кесарево сечение возможно при:

- ✓ недостаточности митрального клапана (при выраженной регургитации);
- ✓ митральном стенозе, не поддающемся хирургической коррекции;
- ✓ пороках аортального клапана с нарушением кровообращения.

Тактика ведения.



- ✓ У женщин с протезами клапанов антикоагулянты должны быть заменены на НМГ или НФГ с 36-й недели. Женщин, получавших НМГ должна переключиться на НФГ, за 36 часов до кесарева сечения.
- ✓ НФГ должны быть отменены за 4-6 ч до планируемой операции, и назначены через 4-6 ч после родов, если нет кровотечения.

Сердечно-сосудистая хирургия



- Лучший период для хирургии находится между 13-й и 28-й неделями.
- Материнская смертность во время искусственного кровообращения является в настоящее время подобной таковой у небеременных, которые подвергаются сопоставимым процедурам.
- Использование искусственного кровообращения - неврологические нарушения у 3-6% детей, высокая эмбриональная смертность.

Антибиотики



- Могут быть назначены во всех триместрах беременности - пенициллин, ампициллин, амоксициллин, эритромицин, мезлоциллин и цефалоспорины.
- Риск не может быть исключен - ванкомицин, имипенем, рифампицин и тейкопланин.
- Есть риск для плода во всех триместрах беременности - аминогликозиды, хинолоны и тетрациклины.



Спасибо за внимание!

