Прегравидарная подготовка при клапанном стенозе легочной артерии и репродуктивный исход

Г.Т. РАСУЛОВА[1], А.К. БАРАТОВ[2]

Pregravid preparation in valvular pulmonary artery stenosis and reproductive outcome

G.T. RASULOVA, A.K. BARATOV

[1]ГУ Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии, Томск; [2]Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии Душанбе, Республика Таджикистан

Ключевые слова: стеноз легочной артерии, прегравидарная подготовка, транслюминальная баллонная вальвулопластика, беременность, перинатальный исход.

Key words: pulmonary artery stenosis, pregravid preparation, transluminal balloon valvuloplasty, pregnancy, perinatal outcome.

Проблема сердечно-сосудистой патологии у женщин репродуктивного возраста была и остается особо актуальной ввиду высокой материнской смертности [3—6]. В Республике Таджикистан ситуация осложняется тем, что из-за низкого уровня информированности населения обращаемость за специализированной помощью остается крайне неудовлетворительной [7]. При пороках, связанных с выраженными гемодинамическими нарушениями и признаками сердечной недостаточности, беременность противопоказана в принципе [6, 8]. Единственно верной тактикой в данных случаях является хирургическая коррекция порока до наступления беременности [5, 9]. С внедрением новых технологий в области рентгеноэдоваскулярной хирургии в Таджикистане появилась возможность решения данной проблемы, а именно прегравидарной подготовки женщин репродуктивного возраста с гемодинамически значимыми клапанными пороками сердца к наступлению беременности.

Транслюминальная баллонная вальвулопластика при клапанном стенозе легочной артерии, являясь рутинной процедурой, считается во многих ситуациях альтернативой операции на «открытом» сердце [1]. Хотя метод внедрен в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии в конце 80-х годов прошлого века [2], представленное клиническое наблюдение является первым опытом его применения в качестве прегравидарной подготовки женщины репродуктивного возраста.

Больная *Т.*, 21 года, обратилась по направлению районного участкового терапевта с жалобами на сердцебиение, быструю утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке. Произведено клинико-лабораторно-инструментальное обследование, в результате которого установлен диагноз: врожденный порок сердца. Изолированный клапанный стеноз легочной артерии. Недостаточность кровообращения III степени по NYHA. Градиент давления между правым желудочком и легочной артерией по данным эхокардиографии составил 108 мм рт.ст. С учетом выраженности патологии сердца пациентка подготовлена к хирургическому лечению.

Под местной анестезией трансфеморальным венозным доступом справа катетеризированы правое предсердие, правый желудочек и легочная артерия, давление в которых составило 4/0, 97/0 и 22/6 мм рт.ст. соответственно; при этом исходный градиент равнялся 75 мм рт.ст. Выполнена правая вентрикулография в стандартных проекциях. При этом выявлены умеренная гипертрофия правого желудочка, резкий эксцентрический стеноз на уровне клапана легочной артерии и постстенотическое расширение ствола легочной артерии. Выходной тракт правого желудочка без особенностей. В область стеноза позиционирован баллон (Z-MED II, NuMED 40,0×23,0 мм). Выполнена четырехкратная дилатация баллона при давлении 3 атм. с экспозицией около 10 с. Достигнуто полное расправление перетяжки на баллоне. При манометрии давление в правом желудочке снизилось до 74/0 мм рт.ст., давление в легочной артерии составило 20/5 мм рт.ст. Следовательно, градиент давления составил 54 мм рт.ст. и снизился на 21 мм рт.ст. С целью устранения спазма выходного тракта правого желудочка введено 5,5 мг пропранолола медленно. Через несколько минут достигнуто снижение давления в правом желудочке до 34/12 мм рт.ст. Таким образом, градиент давления снизился с 75 до 14 мм рт.ст. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями наблюдения по месту жительства.

При контрольных осмотрах через 3 и 6 мес патологии сердечно-сосудистой системы не выявлено. Через 7 мес от момента операции наступила первая беременность. Помимо наблюдения в центре репродуктивного здоровья по месту жительства проводился динамический консультативный осмотр акушером-гинекологом Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии. I триместр протекал без осложнений. Течение II и III триместра беременности осложнилось железодефицитной анемией средней степени тяжести, ввиду чего проводилась

© Г.Т. Расулова, А.К. Баратов, 2013

734002 Душанбе, ул. М. Турсунзода, д. 31

антианемическая терапия. В течение всего срока гестации специфических жалоб, обусловленных патологией сердечно-сосудистой системы, пациентка не предъявляла. При сроке беременности 32 нед проведена эхокардиография, в ходе которой патологии не выявлено. Градиент давления в легочной артерии составил 20 мм рт.ст. Кроме того, произведено ультразвуковое исследование состояния плода: скрининг на наличие пороков развития в 20 нед беременности и допплерометрическое исследование маточно-плодово-плацентарной гемодинамики. При проведении скрининга отклонений в развитии плода, наличия пороков, в том числе сердечно-сосудистой системы, не выявлено. Особое внимание при исследовании плода обращено на становление системы сердца и сосудов из тех соображений, что частота врожденных пороков у новорожденных от матерей с патологией сердечно-сосудистой системы выше общепопуляционной [4, 8]. При проведении допплерометрических исследований изучались индексы сосудистого сопротивления в маточных артериях, артерии пуповины и аорте плода: систолодиастолическое отношение и пульсационный индекс как наиболее информативные и значимые показатели. Данные допплерометрии выявили соответствие всех исследованных индексов нормативным значениям для указанного срока гестации. Для родоразрешения пациентка госпитализирована в плановом порядке в отделение патологии беременности Таджикского НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии. Проведены осмотр, клинико-лабораторное обследование и установлен диагноз: Беременность 38 нед. Головное предлежание. Анемия легкой степени. Состояние после транслюминальной баллонной вальвулопластики легочной артерии. Определена тактика родоразрешения: роды вести через естественные родовые пути. Роды протекали физиологически, под партографическим контролем. Родился живой доношенный мальчик массой 3300 г, ростом 52 см. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние новорожденного в ранний неонатальный период оценено также как удовлетворительное. Послеродовый период протекал гладко, и на 3-и сутки родильница выписана домой с ребенком.

Таким образом, своевременное выявление тяжелых пороков сердечно-сосудистой системы, при которых беременность противопоказана, современная коррекция их до наступления беременности дают возможность значительного снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алекян Б.Г., Дадабаев М.Х., Зуфаров М.М.* Баллонная вальвулопластика при изолированном клапанном стенозе легочной артерии. В кн.: Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов. Под ред. Л.А. Бокерия, Б.Г. Алекяна. Т. 2. М: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН 2008; 65—85.
2. *Баратов А.К.* Некоторые итоги и перспективы развития рентгеноэндоваскулярной хирургии в Республике Таджикистан. Съезд хирургов Республики Таджикистан, 5-й: Материалы. Душанбе 2011; 8.
3. Кокрановское руководство: Беременность и роды. Д.Ю. Хойфмер, Д.П. Нейльсон, З. Алфиревич и др. М: Логосфера 2010; 410.
4. *Медведь В.И.* Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. Киев: Гидромакс 2007; 167.
5. Национальные клинические рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями сердца. Под ред. Р.Г. Оганова. М: Силиция-Полиграф 2010; 586.
6. *Окли С., Уорнес К.А.* Заболевания сердца у беременных. М: Бином 2010; 368.
7. *Расулова Г.Т., Абдурахманов Ф.М., Мурадова З.Ф. и др.* Особенности течения беременности и родов при заболеваниях сердца. Съезд сердечно-сосудистых хирургов стран Центральной Азии, 2-й: Материалы. Душанбе 2008; 74—75.
8. *Earing M.G., Webb G.D.* Congenital heart disease and pregnancy: maternal and fetal risks. Clin Perinatol 2005; 32: 4: 913—919.
9. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology. Expert Consensus Document on Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy. Eur Heart J 2003; 24: 761—781.

Поступила 10.01.13