

---

---

## Случай из практики

---

---

УДК 616.12-002.77

### **БЕРЕМЕННОСТЬ У БОЛЬНОЙ С НЕОПЕРИРОВАННОЙ ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**А. М. Талаев\***, доктор медицинских наук,  
**Е. М. Талаева**, кандидат медицинских наук,  
**О. Н. Алеутская**, кандидат медицинских наук

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова»  
Минздрава России, 153045, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

**РЕЗЮМЕ** Беременные с тетрадой Фалло должны наблюдаться в специализированных акушерских стационарах. Вопросы ведения беременности и родов у этих пациенток должны решаться врачами-акушерами совместно с терапевтами, кардиологами и кардиохирургами.

**Ключевые слова:** беременность, тетрада Фалло.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: [talaev.aleksei@yandex.ru](mailto:talaev.aleksei@yandex.ru).

Тетрада Фалло является одним из наиболее тяжёлых врождённых пороков сердца. Она характеризуется стенозом лёгочной артерии, высоким мембранозным дефектом межжелудочковой перегородки, декстропозицией аорты и гипертрофией правого желудочка. Вследствие этих дефектов возникает сброс крови справа налево, и в большой круг кровообращения поступает смешанная кровь с пониженным содержанием кислорода. При этом в малый круг кровообращения поступает меньший объём крови, что усугубляет гипоксемию [2].

При тетраде Фалло прогноз неблагоприятный. Половина детей погибает в возрасте нескольких месяцев. Средняя продолжительность жизни неоперированных больных с тетрадой Фалло составляет 10–14 лет. Летальность обусловлена сердечной недостаточностью и тромбоэмболическими осложнениями из-за гипоксической полицитемии [2, 3]. В настоящее время большинство пациентов с тетрадой Фалло в детстве подвергаются хирургическому лечению. Своевременно

выполненная операция улучшает прогноз и продолжительность жизни [2, 4, 5].

В научной литературе имеются лишь единичные сообщения о благоприятном течении заболевания и беременности у больных с неоперированной тетрадой Фалло, как правило, при небольшой сердечной недостаточности [1, 3]. В акушерской клинике Ивановского НИИ материнства и детства мы наблюдали пациентку с тетрадой Фалло и сердечной недостаточностью.

Больная К., 26 лет, инвалид II группы, поступила в акушерскую клинику НИИ с диагнозом: «Беременность 24 недели. Врождённый порок сердца: тетрада Фалло Н II Б. Желудочковая экстрасистолия. Остаточные явления тромбоэмболии левой среднемозговой артерии от 1998 года, лёгкий правосторонний гемипарез».

Диагноз тетрады Фалло установлен в трехлетнем возрасте. В дальнейшем при проведении зондирования сердца в 16 лет возникло осложнение – тромбоэмболия мозговых сосудов. В те-

---

#### PREGRANCY IN A PATIENT WITH INOPERATED FALLOT'S TETRAD AND CARDIAC INSUFFICIENCY

Talaev A. M., Talaeva E. M., Aleutskaya O. N.

**ABSTRACT** Pregnant women are to be observed in specialized obstetric in-patient departments. Treatment and delivery problems of pregnancy in these patients should be solved by obstetricians so as by therapists, cardiologists and cardio surgeons.

**Key words:** pregnancy, Fallot's tetrad.

чение последних 3 лет наблюдалось нарастание симптомов сердечной недостаточности вплоть до II Б стадии; проводилось лечение ингибиторами АПФ и мочегонными препаратами. Гинекологической патологии у пациентки не было. На этом фоне возникла беременность, прерывать которую, несмотря на предупреждения врачей, пациентка категорически отказалась. Во время беременности с 23 недель стали усиливаться одышка и цианоз.

При поступлении: состояние средней тяжести. Цианоз носогубного треугольника, одышка до 24 в минуту при ходьбе, умеренные отёки голеней. В лёгких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия – 102 в минуту с редкими (до 5 за минуту) экстрасистолами. При аускультации сердца на всех точках систолический шум с эпицентром в III–IV межреберьях слева у грудины, на сосуды шеи не проводится, выслушивается в межлопаточной области. Живот увеличен в объёме, мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 3 см выступает из-под рёберной дуги по правой среднеключичной линии, край ровный, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание – в норме. Неврологически: лёгкий правосторонний гемипарез.

Матка при осмотре: в нормотонусе, безболезненная, возбудимость не повышена. Шевеления плода ощущает. Высота стояния дна матки – 22 см. Влагиалище – узкое, шейка эрозирована, длина шейки матки – 3 см, выделения слизистые.

Результаты лабораторного обследования: анализы крови общий и биохимический, коагулограмма и анализы мочи без патологии.

Электрокардиограмма от 04.07.2008: ритм синусовый. Правogramма (+102 градуса). Редкие единичные правожелудочковые экстрасистолы. Гипертрофия правого желудочка, его перегрузка.

Эхокардиограмма от 23.06.2008. Левый желудочек: конечно-диастолический размер – 47 мм, конечно-систолический размер – 28 мм, толщина задней стенки – 11 мм. Толщина межжелудочковой перегородки – 11 мм, фракция выброса – 70%; левое предсердие – 39 мм. Аорта – 36 мм, кровоток в норме. Правый желудочек увеличен. Лёгочная артерия – 10 мм, давление – 60 мм рт. ст. Заключение: дилатация предсердий и желудочков. Диспозиция аорты. Мембранозный дефект межжелудочковой перегородки – 10 мм. Гипоплазия лёгочной артерии. Тетрада Фалло.

Проводилось лечение: диета с ограничением соли, верошпирон по 50 мг 2 раза в день, гипотиазид по 25 мг 1 раз в 2–3 дня, панангин по 1 та-

блетке 3 раза в день, кокарбоксилаза по 50 мг в день, кислородотерапия.

Несмотря на проводимую терапию, сохранялась выраженная сердечная недостаточность. Неоднократно проводились консилиумы с участием кардиологов и кардиохирургов. При сроке беременности 30–31 неделя было принято решение о проведении кесарева сечения, на которое больная дала согласие.

В послеоперационном периоде проводилось лечение: антибиотикотерапия (цефтриаксон внутривенно по 2,0 г/сут 7 дней), фраксипарин (0,3 мл/сут подкожно 7 дней) с переходом на тромбоАСС (100 по 1 таблетке в день), неон по 2,0 г/сут внутривенно 5 дней, верошпирон по 50 мг 2 раза в день, по субботам и средам – гипотиазид по 25 мг, бромкриптин по 1 таблетке (2,5 мг) 2 раза в день. В результате проведенного лечения и родоразрешения уменьшился акроцианоз, нормализовались размеры печени. На 10-е сутки пациентка для дальнейшего лечения переведена в кардиологическое отделение Ивановской областной клинической больницы. После выписки из кардиологического отделения у пациентки сохраняются признаки недостаточности кровообращения II стадии, она наблюдается и лечится по месту жительства.

Ребёнок пациентки (девочка массой при рождении 1295 г и ростом 37 см) находился в отделении детской реанимации. В состоянии новорожденной не отмечалось отрицательной динамики. В дальнейшем ребёнок переведён на 2-й этап выхаживания недоношенных детей и после выписки из клиники института наблюдается педиатром по месту жительства.

Таким образом, особенностью данного случая является то, что пациентка с тяжелым врожденным пороком сердца – неоперированной тетрадой Фалло – не только дожила до репродуктивного возраста, но и благополучно родила живого ребенка, несмотря на выраженную сердечную недостаточность. Беременность значительно усугубляет имеющиеся нарушения гемодинамики в этой ситуации, поскольку не только прогрессивно возрастает объём циркулирующей крови, как у всех беременных, но и увеличивается венозно-артериальный сброс, степень относительного стенозирования клапана лёгочной артерии, прогрессирует правожелудочковая недостаточность, возникают нарушения ритма сердца и возрастает риск тромбозомболических осложнений [1]. В большинстве случаев беременность у таких пациенток провоцирует декомпенсацию сердечной недостаточности, что обуславливает высокую материнскую и перинатальную смертность.

В представленном клиническом наблюдении относительно благоприятное течение заболевания обусловлено, вероятно, сужением легочной ар-

терии умеренной степени (давление в легочной артерии – 60 мм рт. ст.) и сохранной насосной функцией сердца (ФВ – 70%).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Затикян, Е. П. Врождённые и приобретенные пороки сердца у беременных (функциональная и ультразвуковая диагностика) / Е. П. Затикян. – М. : Триада X, 2004. – 294 с.
2. Константинов, Б. А. Терада Фалло / Б. А. Константинов, Л. П. Черепенин, А. С. Иванов. – М., 1995. – 242 с.
3. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. – М. : Триада X, 2005. – 816 с.
4. Kirklin, J. W. Cardiac surgery / J. W. Kirklin, B. G. Barratt-Boyes. – New York : Churchill Livingstone, 2003.
5. Stark, K. J. Surgery for congenital heart defects / K. J. Stark, M. de Leval, V. T. Tsang. – Chichester : John Wiley and Sons Ltd, 2006.