

## Ciąża i poród. Planowanie rodziny

Ciąża u kobiet z wadami wrodzonymi serca może stanowić ryzyko zarówno dla matki, jak i dla dziecka (tab. 2). W ocenie ryzyka najważniejsze jest pełne rozpoznanie. Większość bezobjawowych pacjentek dobrze znosi ciążę i poród.

- Największe ryzyko dla kobiet w ciąży stanowią:
- nadciśnienie płucne i zespół Eisenmengera — przy optymalnym prowadzeniu ciąży ryzyko zgonu matki wynosi 50%, co uzasadnia przerwanie ciąży. Jej kontynuacja, przy nasileniu sinicy i spadku saturacji krwi tętniczej, wymaga hospitalizacji, najpóźniej przed końcem drugiego trymestru. Wskazane jest leczenie odpoczynkiem, ewentualnie tlenoterapią oraz monitorowanie płodu. Niewydolność serca wymaga leczenia naparstnicą i diuretykiem. Nie istnieje jednoznaczna opinia dotycząca konieczności leczenia przeciwzakrzepowego. Zaleca się poród siłami natury ze skróceniem drugiego okresu (próżniociąg, kleszcze), w razie wskazań położniczych do rozwiązania ciąży cięciem cesarskim w znieczuleniu ogólnym konieczna jest dokładna kontrola nawodnienia. Należy prowadzić tlenoterapię przez cały okres porodu i bezpośrednio po zakończeniu, mając na uwadze jego wazodylatacyjne działanie na łożysko płucne;
  - wady siniczne, szczególnie z ciasnym zwężeniem drogi odpływu prawej komory. Podobnie jak w zespole Eisenmengera, ciąża prowadzi do zwiększenia przecieku prawo-lewego. Należy unikać postępowania prowadzącego do odwodnienia i spadku ciśnienia tętniczego;

- ciasne zastawkowe zwężenie drogi odpływu lewej komory. Objawy złe prognostycznie to: tachykardia, pojawienie się duszności lub bólów wieńcowych. Konieczna jest wówczas hospitalizacja, próba leczenia lekami blokującymi beta-receptory, balonowa plastyka zastawki;
  - znaczne upośledzenie funkcji komory systemowej. Pacjentkom po operacji Fontana należy odradzać ciążę, pomimo doniesień o niepokojącym istotnie przebiegu ciąży. Wzrost centralnego ciśnienia żylnego prowadzi do nasilenia zastoju w wątrobie i obrzęków obwodowych. Trzepotanie przedsionków serca matki jest źle tolerowane przez płód. Brak danych o wpływie ciąży na naturalny przebieg wady leczonej tą metodą. Anatomicznie prawa komora w krążeniu systemowym (prosta transpozycja po operacji metodą Mustarda lub Senninga, skorygowane przełożenie pni tętniczych) wymaga starannej oceny klinicznej, generalnie ciążę należy odradzać;
  - osłabienie ściany aorty w przebiegu zespołu Marfana lub Ehlersa i Danlosa. Ciąża grozi rozwarstwieniem lub pęknięciem aorty, o czym należy poinformować pacjentkę. Konieczna jest kontynuacja leczenia środkami blokującymi beta-receptory przez całą ciążę. W zespole Marfana z poszerzoną aortą przed zajściem w ciążę można zalecić chirurgiczną wymianę aorty wstępującej bez wymiany zastawki
- Zabiegi kardiochirurgiczne ze wskazań pilnych.** W ciąży częściej są wykonywane w wadach

**Tabela 2.** Ryzyko powikłań związanych z ciążą w przebiegu niektórych patologii  
**Table 2.** The risk of pregnancy — related complications in the course of selected pathologies

Grupa I ryzyko powikłań < 1%	Grupa II ryzyko powikłań: 5–15%	Grupa III ryzyko powikłań: 25–50%
Niepowikłane wady z przeciekiem lewo-prawym	Zwężenie zastawki aortalnej	Nadciśnienie płucne z wysokim naczyniowym oporem płucnym
Wady zastawek prawego serca	Niepowikłana koarktacja aorty	Powikłana koarktacja aorty
Po korekcji tetralogii Fallota	Tetralogia Fallota	Zespół Marfana z objęciem aorty
Po wszczepieniu zastawki biologicznej	Zespół Marfana z prawidłową szerokością aorty	

nabytych. W niektórych przypadkach zespołu Marfana konieczna może być wymiana aorty wstępującej wraz z zastawką aortalną, co stanowi jednak duże zagrożenie dla płodu.

**Znieczulenie w ciąży.** Najlepiej nadoponowe, które zmniejsza rzut serca i częstotliwość serca oraz powoduje obwodową wazodilatację, zmniejszając powrót żylny. Znieczulenie nadoponowe może być przeciwwskazane w zespole Eisenmengera i w kardiomiopatii przerostowej. W razie konieczności cięcia cesarskie należy wykonać w znieczuleniu nadoponowym lub ogólnym. Istnieją kontrowersje dotyczące używania oksytocyny. W razie konieczności jej podania zaleca się jednoczesne podanie furosemidu dożylnie.

**Profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdzia.** Jest zalecana w okresie okołoporodowym, przykładowo — ampicylina 3 iniekcje co 8 h od początku indukcji porodu lub wankomycyna jednorazowo 500 mg *i.v.*

**Zaburzenia rytmu i niewydolność serca.** W ciąży wymaga się postępowania zalecanego przez Standardy PTK. Najczęściej używane leki to narpastnica, chinidyna i leki beta-adrenolityczne. Chinidyna dla podtrzymania rytmu zatokowego — dobrze tolerowana w ciąży, ma minimalny efekt oksy-

tocynowy. Amiodaron — ze względu na zawartość jodu wymaga kontroli tarczycy płodu. Można stosować doraźnie, leczenie przewlekłe u wybranych pacjentów wymaga indywidualnej kontroli.

**Planowanie rodziny.** Ryzyko wystąpienia wad wrodzonych serca u dzieci matek z wrodzonymi wadami serca jest wyższe niż w normalnej populacji i wynosi 4,9%, tj. 2 na 41 urodzeń. Konieczna jest zarówno edukacja zapobiegania ciąży, jak i uświadomienie indywidualnego niebezpieczeństwa związanego z ciążą. Nie można jednak zapominać, że większość pacjentek z prostymi wadami serca bardzo dobrze toleruje ciążę.

**Zapobieganie ciąży obejmuje:**

- sterylizację kobiet należące do grupy największego ryzyka;
- antykoncepcję hormonalną, skuteczną u większości, należy rozważać indywidualnie. Antykoncepcja złożona grozi powikłaniami zakrzepowymi (przeciwwskazana w sinicy, naczyniowej chorobie płuc, niewydolności serca, przy zwolnionym powrocie żylnym — po zabiegu Fontana, przedsionkowych tachyarytmiiach lub nieprawidłowo leczonym systemowym nadciśnieniu tętniczym. Antykoncepcja dopochwowa jest mało skuteczna.