

Болезни сердца и беременность

И.М. Константинов,
Заведующий отделением РХМДЛ,
врач-кардиолог, к.м.н

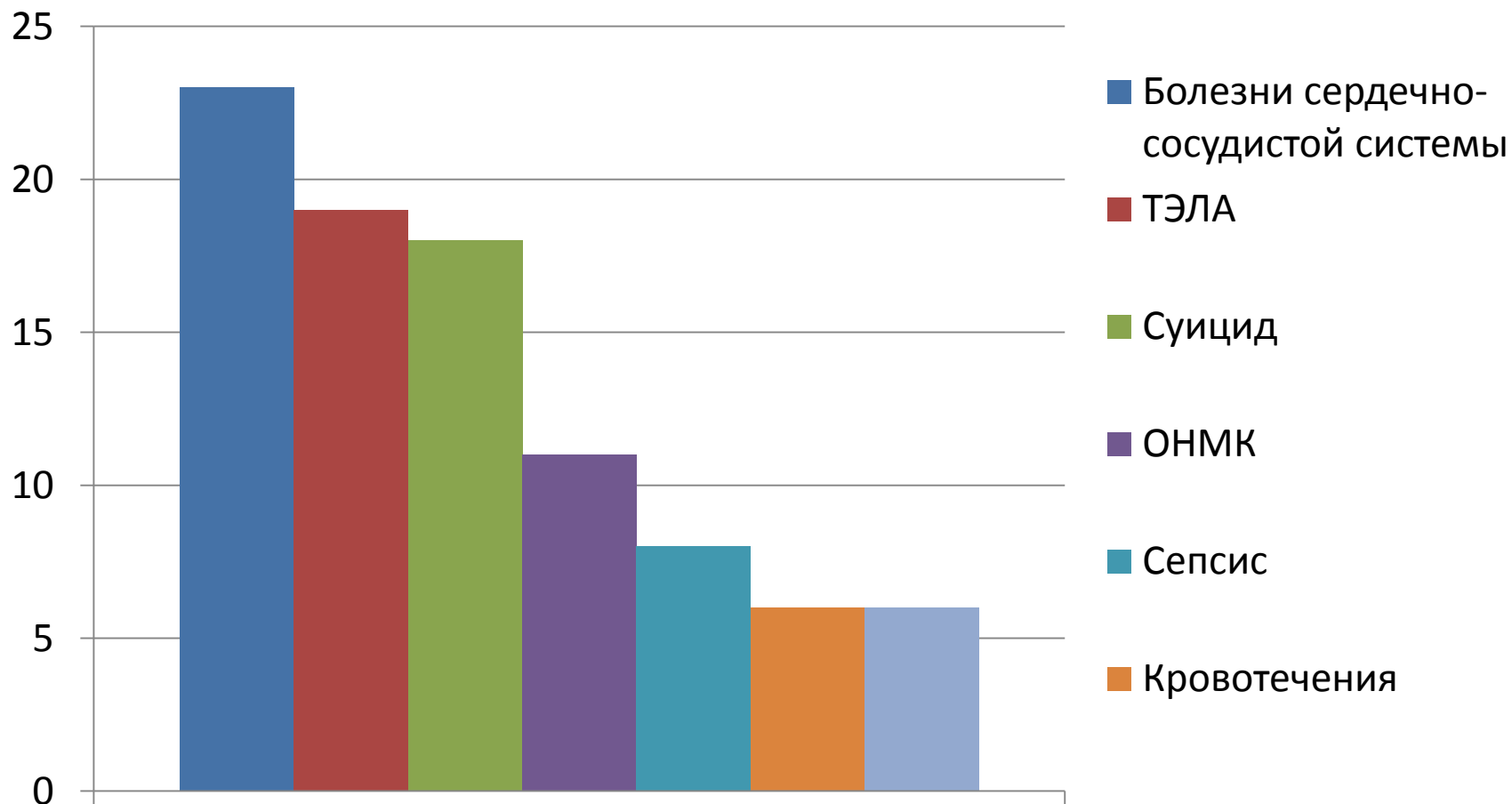
ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy

The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC)

Endorsed by the European Society of Gynecology (ESG), the Association for European Paediatric Cardiology (AEPC), and the German Society for Gender Medicine (DGesGM)

Authors/Task Force Members: Vera Regitz-Zagrosek (Chairperson) (Germany)*, Carina Blomstrom Lundqvist (Sweden), Claudio Borghi (Italy), Renata Cifkova (Czech Republic), Rafael Ferreira (Portugal), Jean-Michel Foidart† (Belgium), J. Simon R. Gibbs (UK), Christa Gohlke-Baerwolf (Germany), Bulent Gorenek (Turkey), Bernard Iung (France), Mike Kirby (UK), Angela H.E.M. Maas (The Netherlands), Joao Morais (Portugal), Petros Nihoyannopoulos (UK), Petronella G. Pieper (The Netherlands), Patrizia Presbitero (Italy), Jolien W. Roos-Hesselink (The Netherlands), Maria Schaufelberger (Sweden), Ute Seeland (Germany), Lucia Torracca (Italy).

Основные причины материнской смертности (Великобритания, 2003-2005)



План доклада

- Основные болезни сердца у беременных
- Факторы высокого риска сердечно-сосудистых осложнений
- Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний у беременной
- Неотложные кардиологические состояния при беременности

Болезни сердца у беременных

- Врожденные пороки сердца (развитые страны)
- Клапанные приобретенные пороки (развивающиеся страны)
- Кардиомиопатии
- Ишемическая болезнь сердца
- Артериальная гипертензия (6-8% от всех беременностей)
- Нарушения ритма

Врожденные пороки сердца и беременность

Факторы высокого риска

- Сброс крови справа-налево (пациенты с цианозом)
- Снижение сатурации с SpO₂ <85%.
- Обструктивные пороки без шунтирования крови
- Тяжелая обструкция выносящего тракта ЛЖ.
- Легочная гипертензия

Факторы низкого риска

- Успешная коррекция врожденного дефекта
- Хорошая переносимость ФН
- Сохранная систолическая функция ЛЖ

Врожденные пороки сердца и беременность

- Большинство пациенток с ВПС могут выносить ребенка. Риск для матери и плода зависит от особенностей порока, выполненной коррекции, функции сердца на момент осмотра.
- Все пациентки с ВПС должны быть осмотрены кардиологом до беременности и в конце 1 триместра и далее по индивидуально составленному плану.
- Показания/противопоказания к операции Кесарева сечения должны определяться индивидуально.

Беременность и клапанные пороки сердца

Стенозы клапанов

Высокий риск декомпенсации

- Рекомендована хирургическая коррекция (баллонная вальвулопластика при МС) при умеренном/тяжелом митральном стенозе и при тяжелом аортальном стенозе

Недостаточности клапанов

Низкий риск при сохранной функции ЛЖ

- Медикаментозная терапия
- Отказ от хирургической коррекции во время беременности

Механические клапанные протезы и беременность

- Прием антагонистов вит. К (варфарин) предпочтителен и безопасен во 2-м и 3-м триместре.
- В первом триместре при дозе варфарина менее 5 мг
- При необходимости больших доз- перевод на гепарин/НМГ со строгим контролем АЧТВ/активности X фактора
- На 36 неделе- замена оральных антикоагулянтов на гепарин.

Болезни аорты и беременность

- Показания к операции у беременных с расширением восходящего отдела аорты:
 - диаметр аорты > 50 мм
 - диаметр аорты > 45 мм при синдроме Марфана
 - диаметр аорты > 27 мм/м² при синдроме Турнера
 - синдром Элерса-Данлоса IV типа при любом диаметре аорты

Факторы крайне высокого риска (беременность противопоказана)

- Выраженная легочная гипертензия любой этиологии
- Выраженная систолическая дисфункция ЛЖ (ФВ < 30%, класс СН (NYHA) III-IV)
- Перипартальная кардиомиопатия в анамнезе
- Тяжелый митральный/аортальный стеноз
- Расширение аорты > 45 мм при синдроме Марфана, >50 мм при 2-х створчатом АК
- Коарктация аорты

Предикторы материнской смертности

- Сердечная недостаточность > II ф.класса (NYHA) или цианоз
- Митральный и аортальный стеноз в т.ч. умеренный (площадь МК < 2 см² , АК<1.5 см²)
- Сниженная систолическая функция ЛЖ (ФВ менее 40%)
- ТИА/ОНМК/жизнеугрожающие аритмии в анамнезе

Кардиохирургия и эндоваскулярные вмешательства при беременности

- У пациентов с диссекцией аорты, прогрессирующим увеличением аневризмы аорты, тяжелым митральным/аортальным стенозом.
- Наилучшее время для к/х вмешательства: с 13 по 28 неделю.
- Высокий риск для плода.
- Рентгенохирургические вмешательства возможны при обеспечении защиты плода и минимизации облучения.

Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний у беременной

Сбор анамнеза и осмотр

1. Анамнез:

- Кардиомиопатии
- Синдром Марфана
- Врожденные пороки сердца
- Случаи внезапной смерти у родственников

2. Оценка симптомов:

- Одышка
- Сердцебиения
- Головокружение

3. Оценка переносимости физических нагрузок

4. Аускультация сердца

Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний у беременной.

Инструментальные исследования

- ЭКГ покоя: для всех пациенток
- **ЭхоКГ:** при любых подозрительных симптомах, объективных, инструментальных данных за болезни ССС, отягощенном анамнезе
- Суточное мониторирование ЭКГ: при симптомных нарушениях ритма

Угрожающие состояния при беременности

Острый коронарный синдром

- Распространенность: 3-6 случаев на 100000 беременностей
- Причины:
 - Атеротромбоз (пациенты с ИБС)
 - Диссекция коронарных артерий (ранний постпартальный период)
 - Спазм коронарных артерий после введения эргометрина.
- Диагноз: ЭКГ+ тропонин.
- Диф. диагноз: ТЭЛА, диссекция аорты – ЭхоКГ
- Лечение: экстренный перевод в стационар с отделением рентген-эндоваскулярной хирургии

Угрожающие состояния при беременности

Перипартальная кардиомиопатия

- Распространенность: 3-4 на 1000 беременностей.
- Чаще в перипартальном периоде.
- Этиология: неизвестна (инфекция? Аутоиммунное поражение).
- Факторы риска: многоплодная беременность, артериальная гипертензия, курение, диабет, беременность в подростковом или позднем возрасте.
- Клиническая картина: одышка, отеки, нарушения ритма, синкопальные состояния, отек легких.
- Подтверждение диагноза: ЭхоКГ (снижение ФВ, расширение ЛЖ)
- Тактика: перевод в кардиохирургический стационар с доступными устройствами механической поддержки кровообращения.
- Частота спонтанного выздоровления > 50%/
- Риск развития при повторной беременности: 30-50%

Угрожающие состояния при беременности

Нарушения ритма

- Экстрасистолия и наджелудочковые аритмии у 30-40% женщин, чаще всего доброкачественные

- Экстренная помощь при
 - Желудочковой тахикардии – ЭИТ
 - При наджелудочковой тахикардии – вагусные приемы, в/в введение АТФ.



Артериальная гипертензия при беременности

- Пороговое АД для медикаментозной терапии: **150/95 мм рт.ст.** (без признаков преэклампсии)
- Фармакотерапия:
 - 1 ряд: Допегит (500-2000 мг), Лабетолол
 - 2 ряд: Нифедипин (30-120 мг/сутки), Метопролол (25-200 мг/сутки)
- Экстренное снижение:
 - Магния сульфат
 - Нитропруссид/нитроглицерин в/в или сублингвально
 - Нифедипин в/в (адалат)

Родоразрешение у пациенток на антикоагулянтной терапии

- Замена непрямых антикоагулянтов (варфарин) на прямые с 36 нед.
- Переход с низкомолекулярных гепаринов на нефракционированный гепарин за 36 часов до планового родоразрешения.
- Отмена гепарина за 4-6 часов до планового родоразрешения, вернуться к терапии через 4-6 часов.
- При экстренном родоразрешении:
 - На фоне гепарина/НМГ – введение протамина
 - На фоне непрямых АК – инфузия СЗП, родоразрешение путем КС.

Находки, не требующие вмешательства/направления к кардиологу

ЭхоКГ:

- Открытое овальное окно
- Дополнительная хорда ЛЖ
- Недостаточность клапанов 1 степени
- Легкое увеличение левого предсердия
- Повышение давления в ЛА менее 40 мм рт.ст.

ЭКГ, СМ ЭКГ:

- Наджелудочковая экстрасистолия, бессимптомные неустойчивые пароксизмы тахикардии
- Желудочковая экстрасистолия в непатологическом количестве (до 250-300/сут)
- АВ- блокада 1 степени

Болезни сердца и беременность

Заключение

- У пациенток без болезней сердца в анамнезе с хорошей переносимостью физической нагрузки риск сердечно-сосудистых осложнений низкий.
- При любых сомнениях - выполнение эхокардиографии.
- Пациентки с пороками сердца должны наблюдаться в специализированном кардиологическом центре.