

Медико-биологические науки

УДК 618.2

КОНСЕНСУС МЕДИЦИНСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Т. Гарнизов, Медицинский университет Софии (София, Болгария).
А. Николов, Медицинский университет Софии (София, Болгария).
А. Мысева, Медицинский университет Софии (София, Болгария).
Б. Фрындева, Медицинский университет Софии (София, Болгария).
Д. Хаджиделева, Медицинский университет Софии (София, Болгария).

Аннотация. В статье дается обзор данные из последних публикаций, посвященных медицинскому поведению беременных с врожденным пороком сердца. Указаны группы беременных с высоким и низким риском и обновлены противопоказания к беременности для женщин с различными видами врожденных пороков сердца. В работе приведены новые постановки для медицинского поведения у беременных с ВСД по сравнению с теми, которые упоминались в предыдущих специализированных руководствах. Предложено новое применение концепции для профилактики инфекционного эндокардита при врожденных пороках сердца.

Ключевые слова: врожденный порок сердца, беременность, роды.

Врожденные сердечнососудистые заболевания являются одной из основных причин материнской смертности во время беременности и требуют точного многопрофильного диагноза, особого ухода и терапии [1]. В настоящее время принято считать, что среди населения в возрасте старше 18 лет наблюдается увеличение случаев врожденных сердечных аномалий (ВСА). На один миллион взрослых приходится 2800 человек с врожденными аномалиями сердца [2]. Успехи современной сердечнососудистой хирургии и интервенционной кардиологии, несомненно, важны для повышения выживаемости среди людей с ВПС и достижения этими женщинами детородного возраста, и это же относится к случаям с комплексными врожденными аномалиями сердца [2].

В 2012 г. были опубликованы рекомендации Европейского общества кардиологов для медицинского поведения взрослых с ВСА [3], где особое место отведено вопросу о беременности и ВСА. Разработаны некоторые из положений о ходе беременности, родов и послеродового периода у женщин с ВСА, о которых вспоминалось в предыдущих руководствах по этим вопросам [4,5]. В ряде других новых публикаций указывается на то, что большинство женщин с ВСА могут иметь беременность без осложнений, если проведена своевременная оценка, определяющая степень риска как низкую, для данной конкретной женщины. Степень риска беременности определяется многопрофильной группой, которая включает: кардиолога, акушера, анестезиолога, неонатолога, гематолога и генетика. Эта команда определяет как риск для матери и плода, так и дородовой уход, тип родоразрешения и медицинского поведения в послеродовой период.

У женщин с ВСА, в случаях небольшого до умеренного право-левого шунта без легочной гипертензии и со стабильной гемодинамикой, риск во время беременности ниже. Характерное снижение при беременности периферического сосудистого сопротивления способствует уменьшению объема левого и правого шунта. Существует необходимость

эхокардиографического мониторинга матери и плода в течение 3-х месяцев. Родоразрешение проходит естественным путем.

У беременных с ВСА, при сердечной недостаточности III и IV функционального класса по классификации NYHA, с нарушениями сердечной функции левого желудочка с фракцией выброса менее 40%, обструкцией на пути входа крови в левый желудочек (врожденный стеноз аорты с аортальной областью клапана менее 1,5 кв.см и аортальным градиентом клапана более 30 мм РТ.ст.), при дилатации корня аорты, равной или более 4,5 см, при синдроме Марфана и других подобных синдромах, риск для матери высок [4, 5, 6].

Беременность несет большой риск женщинам с ВСА (врожденной сердечной аномалией) с легочной гипертензией - с синдромом Эйзенменгера. Материнская смертность в этом случае достигает 30%-50%. У этих женщин, из-за системных вазодилатаций, свойственных беременности, право-левый шунт увеличивается, что приводит к увеличению цианоза и дальнейшему снижению легочного кровотока [7-10].

Беременность представляет высокий риск для женщин с ВСА, протекающей с цианозом - материнская смертность в этом случае составляет около 2%, а риск осложнений составляет порядка 30%, а именно: усиление сердечной недостаточности, возникновение инфекционного эндокардита, нарушение ритма. При цианозных врожденных пороках сердца наблюдаются также преждевременные роды у 30 до 50% случаев и выкидыши у 50%. Цианозные врожденные пороки сердца во время беременности несут высокий риск развития тромбоэмболических осложнений, которые требуют профилактики гепарином во время родов и в послеродовой период [11].

В случаях высокого риска у женщин с ВСА, беременность противопоказана или, если она уже существует, должна быть своевременно прервана. Сам аборт, выполняемый по медицинским показаниям, также несет в себе повышенный риск. Если, вопреки противопоказаниям, беременность остается, женщина должна быть госпитализирована в конце второго триместра, для обеспечения постельного режима и контроля показателей кислородного обмена. В каждом конкретном случае определяется тип родоразрешения. Во время родов осуществляется мониторинг гемодинамических параметров и кровно-газовый анализ. В случае необходимости, обеспечивается адекватное кровезамещение. При гемодинамически значимом стенозе аорты, при котором во время беременности наступает ухудшение с риском отека легких, решается вопрос о вальвулопластики аорты, которая, если это возможно, проводится в течение второго триместра беременности. При необходимости аортального протеза рекомендуется до проведения кардиохирургической интервенции сделать кесарево сечение [5].

Существует высокий риск для плода у беременных с ВСА: с сердечной недостаточностью III и IV функционального класса, с гемодинамической нестабильностью, с применением варфарина с суточной дозой выше 5 мг, при ВСА, протекающих с тяжелым цианозом с насыщением кислородом артериальной крови ниже 85% [12]. Наличие этих нарушений снижает вероятность рождения жизнеспособного плода.

Медицинская бригада, наблюдающая беременных с ВСА, должна

оценить потенциальную возможность нанесения вреда плоду при приеме матерью лекарственных препаратов, таких как АСЕ ингибиторов, блокеров рецепторов ангиотензина II, кордарона, синтетического антикоагулянта для беременных с механическими протезами клапанов сердца [3].

На 16-18 неделе беременности, у женщин с ВСА

необходимо проведение эхокардиографического исследования плода с целью установления возможного врожденного дефекта плода. [3]

У женщин с ВСА с высоким риском, для предупреждения беременности большое значение имеют тип и надежность использованных противозачаточных средств. Барьерные методы контрацепции эффективны в диапазоне до 90%, и, следовательно, должны быть объединены с другими контрацептивами. Оральные препараты дают высокую эффективность (один год положительный эффект в 99,9%), но не все они подходят для женщин с ВСА с высоким тромботическим риском - женщин с цианозным врожденным пороком, с плохой желудочковой функцией сердца,

после операции Фонтане, если систематически не прилагается антикоагулянтная терапия. Контрацепция на основе прогестерона не связана с повышенным тромботическим риском и их пероральное введение или внутриматочная имплантация обеспечивают им высокую эффективность (более 95%). Для больных с ВСА, когда беременность может серьезно поставить под угрозу их жизнь, после тщательного обсуждения в междисциплинарном медицинском центре и с согласия обоих супругов, может быть предложен стерилитет для одного из них.

Рекомендуется, чтобы беременные женщины с ВСА с высоким риском наблюдались и были приняты к родоразрешению в узкоспециализированных центрах с персоналом соответствующей специализации с возможностями для расширенной диагностики и лечения [12, 13, 14, 15]. У нас беременные с ВСА диагностируются, наблюдаются и рожают в университетских больницах.

Если один из супругов страдает ВСА и существует стремление к беременности, необходимо проведение генетического консультирования. Для различных врожденных пороков сердца наследственность колеблется от 2% до 50% в зависимости от вида порока сердца

родителей. У матери с ВСА наследование врожденной сердечной аномалии имеет бóльшую вероятность. Высокий риск наследования ВСА существует, когда один из родителей имеет нарушение определенного гена или при ненормальной хромосоме. В других случаях врожденных пороков сердца, наследование потомков составляет порядка 2% до 4%, например, при врожденном аортальном стенозе этот процент составляет от 13% до 18%, а при дефекте межжелудочковой перегородки - от 6% до 10% [3].

Важными являются вопросы, связанные с перспективой, прогнозами и лечением легочной артериальной гипертензии при синдроме Эйзенменгера. Следует отметить, что при этом синдроме лечение антикоагулянтами и антиагрегантами приносит сомнительную пользу из-за реальной опасности в этих случаях от кровотечения. Антикоагулянты следует назначать пациентам с легочной артериальной гипертензией с фибрилляцией предсердий и лицам с легочной эмболией, когда предполагается, что риск от кровотечения является низким.

В ряде публикаций сообщается, что материнская смертность при синдроме Эйзенменгера и легочной артериальной гипертензии остается высокой. И все-таки, в последнее десятилетие наблюдается ее снижение в результате применения новых препаратов [11, 15]. Имеются ввиду: аналоги простациклина, ингибиторы фосфодиэстеразы и антагонисты рецепторов эндотелина [17-21]. Последние данные о результатах применения указанных выше лекарств включают небольшое количество

случаев и не существует до сих пор рандомизированных контролируемых исследований по данному вопросу.

Особое внимание заслуживает профилактика инфекционного эндокардита. Отмечается известный факт, что среди лиц с ВСА частота случаев инфекционного эндокардита больше, чем среди населения в целом. При наличии ВСА необходимо соблюдение очень строгой гигиены полости рта. Переходная бактериемия может наблюдаться не только при проведении стоматологических процедур, но и при недостатках в вашем ежедневном уходе за зубами. Лицам с ВСА необходимо регулярно проводить осмотр полости рта и статуса зубов у стоматолога. Асептическая профилактика по предупреждению инфекционного эндокардита должна выполняться при инвазивных процедурах.

Антибиотическая профилактика инфекционного эндокардита применяется в следующих случаях:

1. Для больных с механическими протезами клапанов сердца, а также в тех случаях, когда использовался протезный материал при восстановительных операциях сердца;

2. Для пациентов, перенесших инфекционный эндокардит;

3. Для пациентов с цианозом врожденных дефектов без хирургического вмешательства или в случаях коррективки, но при наличии остаточных дефектов, с паллиативными шунтами или поставленными кондуитами;

4. При ВСА после коррекции с применением протезного материала, поставленного хирургическим путем или транскатетерно, антибиотическая профилактика выполняется при процедурах, требующих таких коррекций в течение 6 месяцев после осуществления коррекции;

5. В тех случаях, когда остаточные дефекты сохраняются в месте имплантации протезного материала или устройства при сердечной хирургии или при приложении техники;

6. При стоматологических процедурах профилактика инфекционного эндокардита проводится при манипуляциях, влияющих на десны или периапикальную часть зубов и при перфорации слизистой оболочки полости рта.

Не рекомендуется профилактика инфекционного эндокардита у людей с ВСА при процедурах, влияющих на дыхательную систему, желудочно-кишечный тракт, мочеполовые органы, кожу, мышцы и скелет, за исключением случаев, с установленной инфекцией.

Медицинские специалисты в соответствии с их мнением могут применять рутинные, использованные до сих пор методы профилактики инфекционного эндокардита у людей с ВСА.

Литература:

1. Philip J. Steer Heart Disease and Pregnancy 2016, Cambridge university press, ISBN10:1107095948, ISBN13:9781107095946

2. Warnes C.A., Liberthson R., Ganielson G.K. and all. Task force-the changing profile of congenital heart disease in adult life Am.Coll.Cardiol.2001;37:1170-1175

3. E.S.C. Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease /new version 2010/The Task Force on the Management of Grown –up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology. European Heart Journal doi: 10.1093 /eurheartj/ehq249/
4. Expert consensus document on management of cardiovascular disease during pregnancy. The Task Force on the Management of cardiovascular Disease during Pregnancy of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2003; 24,761-781
5. ACC/AHA Guidelines for the Management of Adults with Congenital Heart Disease, a report of the American College of Cardiology/American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines on the; engagement of adults with congenital heart disease/Circulation 2008; 118, e714e833
6. Guidelines on the management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology=European Heart Journal 2007; 28:230-268
7. Avila W.S., Grinberg M., Snitcowsky R. and all. Maternal and fetal outcome in pregnant women with Eisenmenger syndrome. European Heart Journal 1995; 16: 460-464
8. Slu S.C., Sermer M., Colman J.M. and all. Prospective multi centre study of pregnancy outcome in women with heart disease.Circulation,2001;104:515-521
9. Vongpatanasin W., Brickner M.E., Hillis L.D. and all. The Eisenmenger syndrome in adults. Ann. Intern.Med.1998; 128:745-755
10. Uebing A., Steer P.J., Jentis S.M., Gatzoulis M.A. Pregnancy and congenital heart disease. Brit.Med.Journal 2006; 332:401-406
11. Elisabeth Bedard, Konstantinos Dimopoulos and all. Has there any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? European Heart Journal 2009;30,256-265
12. Philip Moons, Peter Engelfriet, Harald Kaemmerer and all. Delivery of care for adult patients with congenital heart disease in Europe: Results from the Euro Heart Survey. European Heart Journal 2006;27:1324-1330
13. ESC Guidelines desk reference – ESC Committee for practice Guidelines to improve the quality of clinical practice and patient care in Europe. Publ. Lippincott V., Williams and Wilkins, pp169-173
14. Sin S.C., Sermer M., Colman J.M. and all. Prospective multicenter study of pregnancy outcome in women with heart disease. Circulation 2001;104:515-521
15. Steer P. J. Pregnancy and Contraception in: Gazoulis M.A., Swan L., Therrien J., Pantely G.A. /Eds/ Congenital Heart Disease. A practical guide. Oxford BMY Publ. BICK Well Publ. 2005;pp.16-35
16. Megee L.A., Schick B., Donnefeld A.E., Sage S.R. and all. The safety of calcium channel blockers in human pregnancy: a prospective multicenter cohort study, Am.J. Obstet. gynecol. 1996:174:823-828
17. Goodwin T.M., Gherman RB., Hameed L., Successful management of pregnancy at high risk. Favourable response of Eisenmenger syndrome to inhaled nitric oxide during pregnancy, Am.J.Obstet.Gynecol.1999; 180:64-67
18. Avdalovic C.M., Sandrock C., Hosono A. and all. Epoprostenol in pregnant patients with secondary pulmonary hypertension: two case reports and a review of the literature, Treat.Respir.Med.2004;3:29-34
19. Bendayan D., Hod M., Oron G. and all. Pregnancy outcome in patients with pulmonary arterial hypertension, receiving prostacyclin therapy, Obstet.Gynecol.2005; 106:1206-1210

20. Majoli F., Zanierto M., Campana C., Broschin A., Inhaled nitric oxide test in a pregnant patient with severe pulmonary hypertension, *Anaesthesia* 2006; 61:912

21. Macchia A., Marchioli R., Marfisi R. and all. A meta-analysis of trials of pulmonary hypertension: a clinical condition on looking for drugs and research methodology, *Amer.Heart J.* 2007;153:1037-1047



Garnizov T., Nikolov A., Myseva A., Fryndeva B., Hadzhideleva D. Konsensus medicinskogo povedenija u beremennyh zhenshhin s vrozhdenym porokom serdca // *Nauka. Mysl'.* - 2016. - №6-2.

© Т. Гарнизов, 2016.

© А. Николов, 2016.

© А. Мысева, 2016.

© Б. Фрындева, 2016.

© Д. Хаджиделева, 2016.

© «Наука. Мысль», 2016.

— ● —

Abstract. In the article the data from the new publications for medical management and treatment of pregnant women with congenital heart defects new version is showed. Along with updated information, regarding etiology, clinical manifestation, methods of treatment of the congenital heart defects there is the section, regarding the question of pregnancy of women with such problems. There are the outlined groups of pregnant with high and low risk. the indications and contraindications for pregnancy of women with different types of congenital cardiac defects are modernized. In the work the new principles of medical behavior in such cases, differing from the ones in the past are emphasized. It is suggested for discussion a new conception, regarding the prophylactics of inflectional endocarditic, appearing in congenital heart defects.

Keywords: congenital heart defects, pregnancy, childbearing.

— ● —

Сведения об авторах

Д-р Теодор Гарнизов, доктор медицинских наук, заведующий сектором в Родильной клинике при Университетской больнице "Дом Матери", преподаватель Медицинского университета Софии (София, Болгария).

Д-р Асен Николов, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Медицинского университета Софии, руководитель клиники (София, Болгария).

Д-р Анна Мысева, доктор медицинских наук, преподаватель Софийского университета (София, Болгария).

Д-р Белла Фрындева, доктор медицинских наук, преподаватель Медицинского университета Софии (София, Болгария).

Деляна Хаджиделева, доктор медицинских наук, преподаватель факультета общественного здравоохранения Медицинского университета Софии (София, Болгария).

— ● —

Подписано в печать 20.05.2016.
© Наука. Мысль, 2016.