

Комментарии к рекомендациям Рабочей группы Европейского общества кардиологов по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности

Р.И. Стрюк

Московский государственный медико-стоматологический университет

В 2003 г были опубликованы рекомендации Рабочей группы Европейского общества кардиологов по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности. Данные рекомендации предназначены кардиологам, наблюдающим молодых женщин, которые планируют беременность или обращаются за консультацией во время беременности, а также пациенток, у которых заболевание сердца диагностировано во время беременности. В этом документе подчеркивается значимость совместного наблюдения беременных с сердечно-сосудистой патологией различными специалистами – кардиологом, акушером, анестезиологом, генетиком, неонатологом и врачом общей практики. Вместе с тем, сказано, что выбор лекарственных средств у беременных основывается не на принципах доказательной медицины вследствие недостаточного количества рандомизированных клинических исследований, а на результатах повседневной врачебной практики, использующей препараты до тех пор, пока отсутствуют сомнения в их безопасности.

Определенное место отведено физиологическим особенностям гемодинамики во время беременности, касающимся изменения объема циркулирующей крови, ударного и минутного объемов сердца, общего периферического сосудистого сопротивления. В рекомендациях достаточно подробно обозначены подходы к ведению беременных с различными нозологическими формами сердечно-сосудистой патологии. В частности, отмечено, что прогноз у беременных с врожденными пороками сердца зависит от функционального класса сердечной недостаточности (СН) и у больных высокого риска, к которым относятся беременные с СН III-IV ФК (NYHA), отсутствует сердечно-сосудистый резерв и риск развития осложнений со стороны матери и плода максимальный. Это относится к высокой легочной гипертензии при синдроме Эйзенменгера, септальным дефектам, фиксированной обструкции выносящего тракта левого желудочка, «синим» порокам сердца. Беремен-

ность при этих заболеваниях не рекомендуется. В случае наступления последней летальность может достигать 35%, осложнения возникают у 50% пациенток и даже прерывание беременности имеет высокий риск, связанный с вазодилатацией и подавлением сократимости миокарда при наркозе. При пролонгировании беременности таким больным рекомендуется резкое ограничение физической активности, оксигенотерапия, антикоагулянты для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Обструкция выносящего тракта правого желудочка обычно хорошо переносится во время беременности, однако при тяжелом стенозе могут возникнуть правожелудочковая недостаточность, аритмии, трикуспидальная регургитация. Методом выбора является хирургическая коррекция порока – баллонная вальвотомия.

У женщин с митральной и аортальной недостаточностью беременность нередко переносится хорошо вследствие гемодинамических особенностей – увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса компенсируется снижением общего периферического сопротивления сосудов и физиологической тахикардией. В третьем триместре беременности может возникнуть СН, при лечении которой при отсутствии гипотонии, рекомендованы диуретики в сочетании с вазодилататорами – нитратами и дигидропиридиновыми антагонистами кальция. Ингибиторы АПФ и блокаторы ангиотензиновых рецепторов противопоказаны вследствие их тератогенного действия. Хирургическое лечение этих пороков сердца показано только в случае рефрактерной СН.

Хуже прогноз при митральном стенозе, особенно при площади левого атриовентрикулярного отверстия менее 1,5 см². У этих пациенток вследствие увеличения трансмитрального кровотока и тахикардии, укорачивается диастола и нарастает давление в левом предсердии. Это может приводить к развитию СН, отеку легких, аритмиям, осложнениям со стороны плода даже при отсутствии патологических симп-

томов до беременности и в первом ее триместре. Таким женщинам показано доплеровское эхокардиографическое исследование с оценкой давления в легочной артерии через 3, 5 мес и в последующем ежемесячно весь период беременности. Препаратами выбора при наличии симптомов легочной гипертензии являются кардиоселективные бета-адреноблокаторы, при необходимости добавляют диуретики. Показанием для хирургического лечения – чрескожной баллонной митральной комиссуротомии является некорригируемая легочная гипертензия, высокий риск отека легких при родоразрешении или в послеродовом периоде.

У больных с протезированными клапанами беременность и роды чаще всего переносятся хорошо. Из антикоагулянтов им рекомендуют антагонисты витамина К, которые следует заменять на 36-й неделе беременности гепарином или низкомолекулярными гепаринами во избежание риска развития внутричерепного кровотечения у плода во время родов. Альтернативой является досрочное родоразрешение в сроки 36 недель беременности.

У женщин с синдромом дисплазии соединительной ткани (синдром Марфана, синдром Элерс-Данлоса) беременность не рекомендуется. При наступлении беременности эти пациентки должны находиться под постоянным наблюдением кардиолога и акушера. С целью ранней диагностики аневризмы и/или расслоения аорты следует регулярно проводить эхокардиографическое исследование, на протяжении всей беременности показана терапия бета-адреноблокаторами.

Достаточно подробно рассмотрены вопросы лечения аритмий при беременности. Авторы подчеркивают, что следует избегать назначения противоаритмических препаратов, если аритмия не представляет угрозу для жизни пациентки. В случае необходимости применения противоаритмических препаратов подходы к лечению те же, что и у небеременных женщин. В качестве профилактической терапии предпочтение отдают кардиоселективным бета-адреноблокаторам и/или амиодарону. Однако длительный прием амиодарона может осложниться развитием гипотиреоза, гипертиреоза и зоба у плода, в связи с чем этот препарат следует назначать только при неэффективности других противоаритмических средств.

Для купирования наджелудочковой тахикардии рекомендована стимуляция блуждающего нерва, при неэффективности – внутривенное введение аденозина или электрическая кардиоверсия. При узловых тахикардиях при необходимости может быть выполнена радиочастотная абляция атриовентрикулярного узла. Методами защиты плода в этом случае является

укрытие живота фартуком и максимальное использование эхокардиографии вместо рентгеновского исследования. Желудочковые аритмии, потенциально угрожающие жизни, рекомендуют купировать электроимпульсной терапией. При наличии брадикардии на любом этапе беременности показана имплантация водителя ритма под контролем эхокардиографии.

Артериальная гипертензия (АГ) является самой частой причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Согласно предложенной классификации выделяют хроническую гипертензию, которая существовала ранее и диагностирована до, во время или после беременности; преэклампсию-эклампсию и гестационную гипертензию. Лечение АГ во время беременности за много лет изменилось мало вследствие отсутствия четкой доказательной базы, так как по этическим соображениям рандомизированные исследования, в том числе плацебо – контролируемые, у этой категории больных не могут быть проведены.

В группе пациенток низкого риска, к которым отнесены беременные с уровнем АД 140-160/90-110 мм рт.ст. при отсутствии признаков поражения органов-мишеней, на основании результатов немногочисленных исследований было показано, что антигипертензивные средства позволяют предотвратить подъем АД во время беременности. Вместе с тем, эффективность антигипертензивной терапии в профилактике «наложившейся» преэклампсии или перинатальной смертности вне зависимости от используемых препаратов не доказана.

Больные высокого риска имеют тяжелую АГ с признаками поражения органов-мишеней, отягощенный акушерский анамнез, нередко сопутствующие заболевания: – сахарный диабет, диффузные заболевания соединительной ткани, нарушение функции почек. Причиной высокой материнской и перинатальной смертности у этой категории пациенток является «наложившаяся» преэклампсия.

Рассматривая вопросы фармакотерапии АГ во время беременности, эксперты отмечают, что препаратом первой линии остается метилдопа, так как она характеризуется лучшей безопасностью и не вызывает нежелательные реакции у матери и плода, что было доказано длительными педиатрическими наблюдениями. Препаратами выбора являются бета-адреноблокаторы и альфа, бета-адреноблокатор – лабеталол. Однако терапия лабеталолом и атенололом ассоциировалась с рождением детей с низкой массой тела, в то же время эта ассоциация не была подтверждена в крупном исследовании, в котором терапию лабеталолом начинали на 6-13-й неделе беременности.

Из антагонистов кальция рекомендован нифеდი-

пин, не оказывающий какого-либо влияния на прогноз. Вместе с тем, сублингвальное или внутривенное его применение может вызвать резкое снижение АД с развитием инфаркта миокарда или дистресса у плода. При сочетании препаратов этой группы с внутривенным введением солей магния усиливается угнетение сократимости миокарда.

В третьем триместре беременности рекомендуют использовать клонидин без существенных побочных проявлений.

Целесообразность применения диуретиков сомнительна, так как они теоретически могут способствовать развитию преэклампсии из-за уменьшения объема циркулирующей крови и плазмы. При этом необходимо учитывать, что изменение реактивности сосудов и объема плазмы может на несколько недель предшествовать клиническим проявлениям преэклампсии. Диуретики можно использовать в комбинации с другими препаратами, особенно при задержке жидкости. Предпочтение отдают тиазидовым диуретикам, хотя при беременности, осложненной почечной или сердечной недостаточностью, фуросемид показал свою безопасность.

Ингибиторы АПФ и блокаторы ангиотензиновых рецепторов противопоказаны вследствие их тератогенного действия.

После родоразрешения АГ может сохраняться и осложниться почечной недостаточностью, энцефалопатией и отеком легких, особенно у больных с хроническими заболеваниями почек или сердца и «наложившейся» преэклампсией. Кормление грудью не противопоказано, хотя большинство антигипертензивных препаратов выводятся с грудным молоком, сведений об их нежелательном воздействии на новорожденных мало. Следует избегать применения диуретиков, так как они снижают количество образующегося молока.

Причины развития преэклампсии до конца не изучены, что затрудняет ее профилактику. Преэклампсия полностью обратима и целью ее лечения является снижение риска развития сосудистых осложнений со стороны матери без критического снижения маточно-плацентарного кровотока. В рандомизированных исследованиях антигипертензивная терапия не улучшала исходы для плода.

При остром повышении АД рекомендуется парентеральное введение нифедипина, лабеталола или гидралазина, широко применяют сульфат магния. При ухудшении состояния женщины, появлении лабораторных признаков поражения органов-мишеней или дистресса плода показано прерывание беременности. При сроке беременности менее 34 недель целесообразно применение стероидов в течение 48 часов с целью ускорения созревания легочной ткани.

В заключении отмечено, что беременные с сердечно-сосудистыми заболеваниями группы низкого риска могут находиться под наблюдением районного акушера-гинеколога, при необходимости их следует направлять в специализированные центры. Беременные высокого риска должны наблюдаться в специализированном центре, а если риск очень высокий на 20-й неделе беременности женщину следует госпитализировать. Способ и сроки родоразрешения в каждом конкретном случае выбирают заранее, предпочтительнее влагалищные роды под эпидуральной анестезией. Исключения составляют пациентки с поражением аорты при синдроме Марфана, коарктацией аорты, легочной гипертензией и искусственными клапанами сердца. Обязательная антибиотикопрофилактика проводится только при кесаревом сечении у больных с пороками сердца, с искусственными клапанами сердца и инфекционным эндокардитом в анамнезе.

Следует остановиться на тактике ведения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в нашей стране. Она определяется многими причинами, в том числе структурой заболеваемости, социально-экономическими, психосоциальными факторами, длительным физическим перенапряжением, недостатком медицинского обеспечения, которые могут способствовать увеличению числа сердечно-сосудистых заболеваний, изменению их клинической картины, росту тяжелых и запущенных форм болезни. По данным госстатистики, в Российской Федерации пятилетний (1999-2003) анализ показателей заболеваемости острой ревматической лихорадкой (ОРЛ), хроническими ревматическими болезнями сердца и ревматическими пороками сердца выявил, что общее количество больных ОРЛ и рецидивами заболевания уменьшилось на 28-30%, а число впервые диагностируемых ревматических пороков сердца за этот период не только не снизилось, а даже возросло на 28% [1]. Вместе с тем, потребность россиян в протезировании клапанов составляет 120 на 1 млн. жителей, а степень ее удовлетворения достигает лишь 14-25%. Так, в 1999 г в 43 клиниках РФ сделано 4148 операций на клапанах сердца [2], а в США – 78 000 операций [3]. Ревматические пороки сердца нередко возникают у лиц без клинических проявлений ОРЛ, а основное значение в хронизации и прогрессировании ревматического процесса приобретает видоизмененная, но жизнеспособная и вирулентная стрептококковая инфекция. Нередко порок сердца впервые диагностируется у женщин во время беременности и исключить активный или латентнотекущий ревматический процесс не представляется возможным. В связи с этим актуальны вопросы лечебной тактики таких пациенток: на-

значение антистрептококковых антибиотиков, нестероидных противовоспалительных средств, глюкокортикостероидов.

К сожалению, до сих пор нет четких критериев в отношении уровня АД, при котором надо начинать антигипертензивную терапию, в том числе у юных беременных с исходной гипотонией. Отсутствие доказательной базы лимитирует более широкое применение антигипертензивных и антиаритмических средств, хотя в литературе имеются сообщения об эффективном и безопасном для матери и плода использовании хинидина [4], дигоксина, этацизина [5].

Согласно принятой в нашей стране системе женщины с бесспорным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания подлежат обязательной госпитализации в специализированные стационары трижды в течение беременности. Первая госпитализация осуществляется в сроки до 12 недель беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания плода. Повторная госпитализа-

ция – в 25-32 недели беременности (период максимальной гемодинамической нагрузки или максимальной физиологической гиперволемии) для повторного комплексного обследования матери и плода. Предродовая госпитализация осуществляется за 2-3 недели до предполагаемого срока родов для подготовки к родам, выработки тактики ведения родов и проведения соответствующей терапии. При необходимости назначения лекарственных препаратов во время госпитализации проводится оценка эффективности лечения, коррекция терапии.

Бесспорно, отмечается значительный прогресс в разработке мероприятий по ведению беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, вместе с тем остается ряд до конца не решенных вопросов. Совместные усилия специалистов разного профиля – кардиологов, акушеров-гинекологов, педиатров, генетиков позволят разработать мероприятия по улучшению ведения таких пациенток.

Литература

1. Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Тенденция в изменении показателей заболеваемости ревматическими болезнями населения Российской Федерации за 5-летний период 1999-2003 гг. Тер.Архив 2005; 5: с.18-23.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Хирургия сердца и сосудов в РФ. М.:НЦССХ им. А.Н.Бакулева 1998; 44С.
3. Rheumatic Heart Disease Statistics 2002.
4. Vela T.B., Amaro G.P., Mir F.G. Arritmias y embarazo. Rev Esp Cardiol 1997; 50:749-59.
5. Oudijk M.A., Ruskamp J.M., Ambachtsheer B.E. et al. Drug treatment of fetal tachycardias. Paediatr Drugs 2002; 4: 49-63.