

В.В. Шаповалова¹, К.В. Руденко¹, А.Ю. Лиманська², А.О. Огородник²

Кардіоміопатія та вагітність: погляд кардіолога

¹ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», м. Київ²ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2017.4(72):32-36; doi 10.15574/PP.2017.72.32

У статті наведено погляд кардіолога на різні види кардіоміопатій у вагітних жінок. Показано, що вагітні пацієнтки з кардіоміопатіями потребують ретельного диференційованого підходу при діагностиці й виборі тактики подальшого спостереження та лікування, що сприятиме позитивному прогнозу перебігу вагітності та пологів, за умови надання вчасної, адекватної та кваліфікованої медичної допомоги.

Ключові слова: кардіоміопатія, вагітність, кваліфікована медична допомога.

Cardiomyopathy and pregnancy: view of a cardiologist

V.V. Shapovalova¹, K.V. Rudenko¹, A.Yu. Lymanska², A.O. Ogorodnyk²¹SI «M.M. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine²SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

The article presents a cardiologist's view on various types of cardiomyopathies in pregnant women. It is shown that pregnant women with cardiomyopathies require a thorough multi-pronged approach in diagnostics and choosing tactics of further observation and treatment, which contribute to a positive prognosis of pregnancy and delivery course upon condition that the early, adequate and qualified medical care is provided.

Key words: cardiomyopathy, pregnancy, qualified medical care.

Кардиоміопатія и беременность: взгляд кардиолога

В.В. Шаповалова¹, К.В. Руденко¹, А.Ю. Лиманская², А.О. Огородник²¹ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины», г. Киев²ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

В статье представлен взгляд кардиолога на разные виды кардиомиопатий у беременных женщин. Показано, что беременные пациентки с кардиомиопатиями требуют тщательного дифференцированного подхода при диагностике и выборе тактики дальнейшего наблюдения и лечения, что будет способствовать позитивному прогнозу течения беременности и родов, при условии оказания своевременной, адекватной и квалифицированной медицинской помощи.

Ключевые слова: кардиомиопатия, беременность, квалифицированная медицинская помощь

Останнім часом у кардіологічній та кардіохірургічній практиці все частіше трапляються пацієнтки, які, незважаючи на тяжкі вроджені або набуті захворювання серця, вагітніють і народжують дітей. Однією з найтяжчих нозологічних груп у кардіології є кардіоміопатії (КМП).

Кардіоміопатії — група захворювань, кожне з яких проявляється ураженням серцевого м'яза, порушенням її функції та розвитком тяжкої серцевої недостатності.

Виділяють такі різновиди КМП:

- дилатаційна;
- гіпертрофічна;
- рестриктивна.

У вагітних жінок описана особлива форма КМП — перипарціальна.

Дилатаційна кардіоміопатія

Дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) — захворювання міокарда, яке характеризується розвитком дилатації (розтягування) порожнини серця з появою систолічної дисфункції, але без збільшення товщини стінок.

Критерієм захворювання вважається зменшення фракції шлуночкового викиду нижче 45% та розміру порожнини лівого шлуночка (ЛШ) у діастолу більше 6 см [2].

Власне, це захворювання є синдромом, який розвивається при різних станах, що уражують міокард. ДКМП дуже поширена, її частота становить 5–7,5 випадку на 100 тис. населення в рік, що є третиною за частотою причин виникнення хронічної серцевої недостатності. Серед усіх видів кардіоміопатій ДКМП становить 60%.

Серед можливих етіологічних факторів — спадкові, стан після перенесеного міокардиту (найчастіше вірусного), зловживання алкоголем, хронічні інтоксикації та ін. Однак, якщо немає переконливих доказів участі цих факторів, то доводиться говорити про первинну ДКМП. До ДКМП зараз все частіше відносять результати тяжких міокардитів, тому що і клінічно, і морфологічно різницю вловити важко. Перебіг хвороби тяжкий, переважна більшість хворих не доживає до 5–6 років з моменту встановлення діагнозу

[1]. В останні роки ця патологія зустрічається все частіше.

Вагітність завжди обтяжує перебіг ДКМП та швидко спричиняє розвиток ускладнень й прогресування даної патології.

Основні клінічні прояви:

А) Кардіомегалія, обумовлена будь-якими причинами.

Б) Серцева недостатність (спочатку, як правило, лівошлуночкова, а потім — тотальна). Рідкісна форма ДКМП — ізольована правошлуночкова (супроводжується збільшенням переважно правих відділів серця та правошлуночковою недостатністю).

В) Різноманітні порушення ритму (можуть бути практично всі існуючі порушення ритму і провідності, іноді поєднання їх в однієї хворой, зміна виду аритмії, раптова смерть).

Г) Тромбоемболічний синдром, як у великому колі кровообігу (інфаркт мозку, селезінки, нирок, судин кінцівок та ін.), так і в малому (ТЕЛА).

Якщо ДКМП виявлене до вагітності, то, навіть за доброго самопочуття та відсутності клінічних проявів, жінкам рекомендують утриматися від неї. Ризик погіршення стану під час вагітності або після пологів у пацієнток із ДКМП дуже високий. Загальною рекомендацією є переривання вагітності на всіх термінах, особливо у випадках прогресуючої серцевої недостатності. Однак рішення щодо переривання вагітності приймає жінка.

Якщо вагітність, незважаючи на попередження лікарів, все ж таки наступила, жінка повинна перебувати практично весь час під сумісним пильним наглядом кардіолога та гінеколога. Слід постійно проводити лікування виниклих і профілактику можливих ускладнень. У початковій стадії клініка серцевої недостатності може бути виражена не різко, і жінки або зовсім не мають скарг або відзначають задишку при помірному (значному) фізичному навантаженні. У подальшому, особливо в більш пізні терміни вагітності, наростає задишка, вислуховуються вологі хрипи в легенях, збільшується печінка, з'являються та наростають набряки. Клініка хронічної серцевої недостатності може супроводжуватися симптомами серцевої астми і набряку легенів. Картину обтяжують порушення ритму, особливо миготлива аритмія. Жінку слід попередити, що навіть за успішного результату вагітності і пологів зростає ризик швидкого прогресування хвороби в післяпологовому періоді (особливо в ранньому).

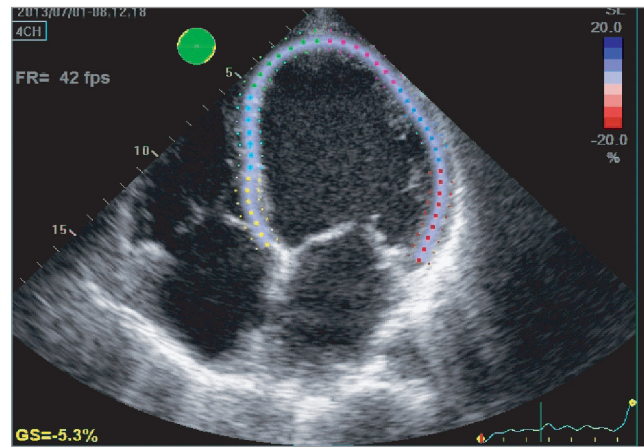


Рис. 1. Дилатаційна кардіоміопатія

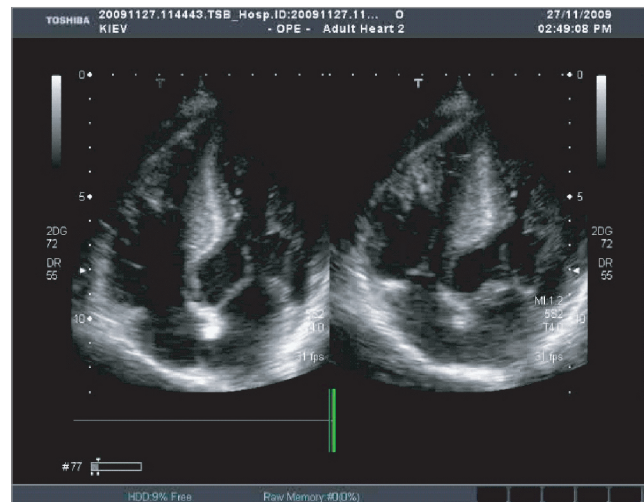


Рис. 2. Гіпертрофічна кардіоміопатія

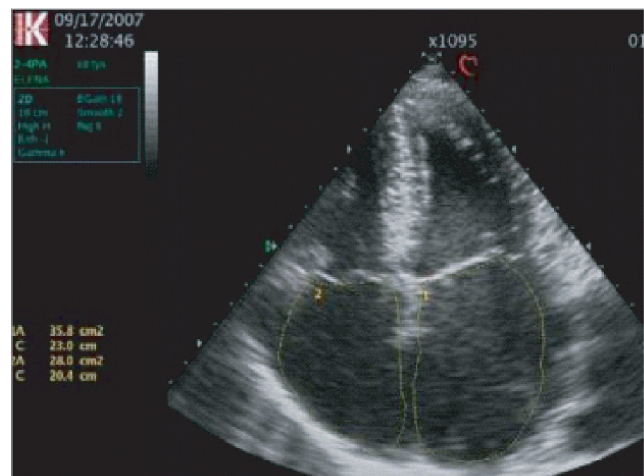


Рис. 3. Рестриктивна кардіоміопатія

Подальша тактика ведення вагітної з ДКМП визначається показниками скоротливості серця, які за допомогою ехокардіографії (ЕхоКГ) можна спостерігати протягом усього періоду вагітності. ЕхоКГ дає змогу оцінити розміри порожнин (вони, зазвичай, різко збільшені), визначити товщину міжшлуночкової перегородки (МШП) та стінок ЛШ (зазвичай

різко стоншені), виявити зони гіпокінезу стінок, ступінь регургітації на мітральному і трикуспідальному клапанах, наявність тромбів у порожнинах серця, виявити ознаки легеневої гіпертензії, визначити фракції викиду й скорочення (як правило, різко знижені). Найважливішим показником є фракція викиду. Чим вона нижча, тим серце слабше скорочується. Якщо рівень цього показника менше 40%, наполегливо рекомендують проводити спостереження та лікування в спеціалізованому пологовому будинку. Якщо фракція викиду нижче 20%, рекомендують термінове переривання вагітності, тому що її збереження у край небезпечно для життя жінки.

Специфічного лікування ДКМП у вагітних не існує. Фактично весь час проводять симптоматичне лікування. Оскільки при збереженні вагітності застосування інгібіторів АПФ не рекомендоване, основними препаратами для лікування серцевої недостатності є такі:

- сечогінні (переважно петльові діуретики), які виводять надлишки рідини з організму й тим самим зменшують навантаження на серце;
- кардіоселективні β -адреноблокатори, які уповільнюють пульс та впливають на перебіг серцевої недостатності;
- серцеві глікозиди, які підсилюють скоротливість міокарда та підвищують ефективність роботи серця;
- антиаритмічні препарати при появі тяжких порушень серцевого ритму;
- низькомолекулярні гепарини в жінок із порушеннями ритму серця для попередження тромбоемболічних ускладнень.

Гіпертрофічна кардіоміопатія

Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) — генетичне детерміноване первинне захворювання міокарда, яке характеризується асиметричною гіпертрофією МШП різної локалізації, збільшенням розмірів стулок мітрального клапану (МК), порушенням проведення збудження, стадійністю перебігу з наступним порушенням внутрішньосерцевої гемодинаміки з високим ризиком раптової смерті [4].

Гіпертрофічна кардіоміопатія — найбільш поширене генетичне захворювання серця і найчастіша причина раптової серцевої смерті в молодому віці. Успадковуються мутації за аутосомно-домінантним типом. Це означає, що в батьків із ГКМП з дуже високою імовірністю народиться дитина з даною серцевою пато-

логією. Серед усього населення ГКМП спостерігається у 2–5 осіб із 10 000. У чверті хворих розвивається обструктивна форма ГКМП, у решти — необструктивна.

Для обструктивної форми ГКМП характерні такі ЕхоКГ-ознаки: асиметрична гіпертрофія лівих відділів серця, переважно МЖП, товщина якої може доходити до 35 мм і більше, що в поєднанні з порушенням руху стулок МК створює перешкоду для струму крові в систолу на вихідному тракті ЛШ. При цьому створюється градієнт тиску від 20 мм рт. ст. і вище (іноді досягає 145 мм рт. ст.) між ЛШ та аортою. Чим більш виражений градієнт, тим небезпечніший перебіг захворювання для хворого. У вагітних жінок у зв'язку зі збільшенням об'єму циркулюючої крові і зниженням периферичного опору ступінь обструкції, як правило, зростає [6].

Основними симптомами є задишка, запаморочення і непритомність, біль у серці внаслідок ішемії міокарда та порушення серцевого ритму (екстрасистолія, пароксизмальна надшлуночкова тахікардія, фібриляція передсердь та різні блокади) [8].

Останнім часом значний інтерес серед фахівців викликає проблема ГКМП під час вагітності.

При плануванні вагітності жінкам із непритомним станом або тяжкими аритміями слід вирішити питання щодо хірургічної корекції (операція Ферраці) з приводу ГКМП.

У більшості жінок вагітність не чинить несприятливого впливу на кровообіг, окрім випадків із прогресуючим зростанням градієнту на вихідному тракті ЛШ та збільшенням мітральної регургітації. Основна небезпека під час вагітності полягає в розвитку життєво загрозливих порушень серцевого ритму, особливо в III триместрі, та тромбоемболічних ускладнень.

За легкого перебігу захворювання вагітну пацієнтку щомісяця оглядає кардіолог. За рекомендаціями акушерів-гінекологів, госпіталізацію та підготовку до пологів проводять у терміни, звичайні для всіх вагітних із серцево-судинними захворюваннями. Якщо протягом усієї вагітності в пацієнтки з ГКМП немає жодного погіршення з боку серця, пологи проходять природним шляхом.

За обструкції вихідного тракту ЛШ із градієнтом тиску 50 мм рт. ст. і вище вагітність протипоказана. Якщо жінка наполягає на збереженні вагітності, пацієнтку госпіталізують практично на весь час виношування дитини. Розродження проводять за допомогою операції

кесаревого розтину під епідуральною анестезією [5].

Необструктивна форма ГКМП може бути випадковою знахідкою під час вагітності. Як правило, перебіг практично безсимптомний, окрім синдрому «малої порожнини ЛШ». Сама вагітність за цієї форми ГКМП мало впливає на гемодинаміку, звичайно, якщо немає ускладнень. Ускладнення можуть бути тими ж, що й за обструктивної форми, але вони настають значно пізніше.

За всіх форм ГКМП завжди використовують β -блокатори (найкращого ефекту досягають за обструктивної форми ГКМП). При порушеннях ритму призначають верапаміл. Кордарон застосовують тільки за екстреними показаннями.

За прогресуючої серцевої недостатності рекомендують петльові діуретики. Серцеві глікозиди категорично (!) протипоказані.

Рестриктивна кардіоміопатія

Рестриктивна кардіоміопатія (РКМП) — досить рідкісне захворювання серця невідомої етіології, яке характеризується потовщенням і фіброзом міокарда, часто в поєднанні з таким самим процесом в ендокарді. Це призводить до діастолічної дисфункції серця, зменшення порожнин шлуночків і до недостатності кровообігу.

Клініка цього захворювання нагадує картину здавлюючого перикардиту, ЦВТ також різко підвищений. Характерні різноманітні порушення ритму.

Рестриктивна кардіоміопатія є абсолютним протипоказанням щодо виношування вагітності.

Перипарціальна кардіоміопатія

Перипарціальна кардіоміопатія (ПКМП) — ідіопатичне захворювання міокарда, яке маніфестує серцевою недостатністю, що розвивається внаслідок систолічної дисфункції ЛШ. Може виникнути і на 16–17-му тижні, і наприкінці вагітності або протягом декількох місяців після пологів. Дилатація ЛШ не обов'язкова, однак фракція вигнання, як правило, становить <45%.

Перипарціальна кардіоміопатія — стан, специфічний для вагітності. Це захворювання виникає в 1 жінки з 3000–4000 вагітних, має тяжкий перебіг та в деяких випадках несприятливий прогноз. Повторну вагітність допускати

не можна, оскільки вона, як правило, призводить до рецидиву хвороби і смерті [3].

У разі повторної вагітності ризик рецидиву ПКМП становить від 30 до 50%, тому жінці не рекомендують знову вагітніти.

Точні причини та механізм розвитку даної патології невідомі [7].

Сприятливі чинники:

- Багатоплідна вагітність — 13%.
- Міокардит (гострий вірусний або токсичний).
- Кількість вагітностей та пологів в анамнезі.
- Вік >30 років.
- Аутоімунний механізм.
- Гемодинамічний стрес.
- Артеріальна гіпертензія.
- Цукровий діабет.

Клініка та діагностичні критерії відповідають ДКМП, але, на відміну від неї, за ПКМП може спостерігатися повне одужання хворих із нормалізацією розмірів серця. Дане захворювання слід підозрювати у всіх жінок, які погано відновлюються після пологів.

Після пологів рекомендують пригнітити лактацію, оскільки цей процес вимагає великого навантаження на серце. На додаток до симптоматичного лікування серцевої недостатності призначають бромокриптин.

Значну небезпеку становить гостра серцева недостатність, наприклад, набряк легенів, і життєвозагрозливі шлуночкові аритмії. Зустрічаються випадки раптової смерті в таких пацієнток.

Якщо медикаментозні засоби лікування не можуть забезпечити насосну функцію серця, то застосовують допоміжні методи, зокрема, інтраорціальну балонну контрапульсацію або ЕКМО.

У більшості пацієнток робота серця нормалізується протягом декількох місяців після пологів. У разі відсутності нормалізації, в деяких випадках розглядають показання щодо трансплантації серця.

Таким чином, вагітні пацієнтки з КМП потребують ретельного диференційованого підходу при діагностиці й виборі тактики подальшого спостереження та лікування, що сприятиме позитивному прогнозу перебігу вагітності та пологів, за умови надання вчасної, адекватної та кваліфікованої медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рябенко Д.В. Выживаемость и оценка риска смерти у больных с различными вариантами дилатационной кардиомиопатии по данным 10-летнего проспективного наблюдения / Д.В. Рябенко // Украинский ревматологический журнал. — 2002. — № 4. — С. 48—51.
2. Contemporary Definitions and Classification of the Cardiomyopathies: An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention / B.J. Maron, J.A. Towbin, G. Thiene [et al.] // Circulation. — 2006. — № 113. — P. 1807—1816.
3. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy / K. Sliwa, D. Hilfiker-Kleiner, M.C. Petrie [et al.] // Eur. J. Heart. Fail. — 2010. — Vol. 12. — P. 767—778.
4. Hypertrophic cardiomyopathy / G. Knyshov [et al.] // Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery. — 2013. — № 16. — P. 5—10.
5. Hypertrophic obstructive cardiomyopathy and pregnancy: anesthesiological observations and clinical series / M.A. Pitton, M. Petolillo, E. Munegato [et al.] // Minerva Anestesiologica. — 2007. — № 73. — P. 313—318.
6. Hypertrophic obstructive cardiomyopathy and pregnancy: University College London Hospital experience / D. Walker, N. Kaur, R. Bell, F. Walker // Minerva Anestesiologica. — 2007. — № 73. — P. 485—486.
7. Peripartum cardiomyopathy / U. Elkayam [et al.] // Lancet. — 2006. — Aug. 19; Vol. 368 (9536). — P. 687—693.
8. Pregnancy related complications in women with hypertrophic cardiomyopathy / R. Thaman, A. Varava, M.S. Hamid [et al.] // Heart. — 2003. — № 89. — P. 752—756.

Сведения об авторах:

Шаповалова В.В. — ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». Адрес: г.Киев, ул. Амосова, 6; тел. (044) 275-64-00.
Руденко Константин Владимирович — д.мед.н., зам. директора по лечебно-координационной работе ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». Адрес: г.Киев, ул. Амосова, 6; тел. (044) 275-64-00.
Лиманская Алиса Юрьевна — к.мед.н., вед. н. с. отдела акушерских проблем экстрагенитальной патологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.
Огородник Артем Александрович — к.мед.н., врач отделения экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

Статья поступила в редакцию 2.08.2017 г.

НОВОСТИ

5 Онлайн-инструментов для профессионального роста медика

Успевать за тенденциями в мировой медицине сегодня гораздо легче. Информация о международных протоколах, лекарствах, опыте передовых специалистов есть в открытом доступе. Нужно только знать, где искать. Эти ресурсы будут полезны как студентам и начинающим, так и опытным врачам.

1. BMJ — авторитетное профессиональное издание для медиков по всему миру. Сейчас два крупнейших образовательных ресурса доступны бесплатно для украинских врачей — это BMJ Best Practice и BMJ Learning. Ценный материал, если вы только начинаете работать в медицине. По ссылке <https://goo.gl/VevtBE> вы найдете контактные данные координаторов, обеспечивающих предоставление кодов доступа к ресурсу в вашем регионе.

2. Epocrates — база данных, в которой, в частности, можно найти клинические руководства, нозологии, лекарства: <http://www.epocrates.com/>

3. Sermo — мировая социальная сеть, созданная специально для медицинского сообщества. В любое время можно рассказать коллегам о своем опыте и узнать как работают врачи в Австралии или Уругвае - <http://www.sermo.com/>

4. Профессиональный медицинский английский в видео и аудиоматериалах - <http://doctorsspeakup.com/>

5. Английский словарь медицинских терминов - <https://goo.gl/mqdN4C>

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20171204_c.html

Источник: med-expert.com.ua