

УДК 616.1-08:618.2

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ

О.В. Ткаченко

Институт терапии имени А.Т. Малой АМН Украины, Харьков

Ключевые слова: беременность, кардиологическая патология, лекарственные средства.

Планируя появление ребенка, современные женщины предпочитают перенести это событие на то время, когда смогут обеспечить будущее малыша. Но с возрастом женщина не становится здоровее: обостряются уже нажитые болезни, появляются новые. Нередко такими болезнями, выявляемыми при первых консультациях, оказываются болезни сердца. Артериальная гипертония, нарушения сердечного ритма, миокардиты и другие заболевания, лечение которых необходимо проводить тогда, когда в организме матери уже развивается новая жизнь.

Важную роль для нормального вынашивания и разрешения беременности имеет обследование будущей матери. Обследование при патологии сердечно-сосудистой системы, кроме обязательных для всех беременных исследований, включает: ЭКГ, ЭхоКГ, биохимические исследования крови (концентрация калия и натрия, показатели системы гемостаза, кислотно-основное равновесие), определение водно-электролитного баланса. Дополнительно по показаниям проводят: изучение показателей активности ревматического процесса (при ревматизме); велоэргометрию (или другую нагрузочную пробу при стенокардии), фонокардиографию (при шумах или их появлении во время беременности); доплерэхокардиографию (при пороках сердца, которые сопровождаются нарушением легочного кровотока); электрофизиологическое исследование (при сложных нарушениях ритма). В нашей стране не используют инвазивные методы исследования сердечно-сосудистой системы, хотя в развитых странах достаточно широко применяют катетеризацию крупных сосудов, сердца и особенно инвазивный мониторинг гемодинамики во время родов.

Существует шкала риска для беременных при уже имеющихся заболеваниях сердца (табл. 1).

Чтобы сердечно-сосудистая патология была отнесена к I степени риска (минимальной), необходимы все перечисленные в графе «клинические проявления» условия. Для определения II—IV степеней риска достаточно только одного, а при сочетании клинических проявлений, соответствующи-

щих, например, II и III степени риска, оценку проводят в сторону более высокой.

Беременные с выявленной сердечно-сосудистой патологией должны обследоваться в условиях стационара трижды.

Первый раз (до 12 недель) для первичного осмотра, уточнения диагноза и решения вопроса о возможности вынашивания плода. Госпитализировать женщину можно как в терапевтическое (кардиологическое), так и в отделение экстрагенитальной патологии на базе многопрофильной клинической больницы, где имеются все условия для адекватного обследования. Если состояние беременной удовлетворительное, обследование можно проводить и амбулаторно.

Повторная госпитализация в 28—32 недели беременности (период максимальной гемодинамической нагрузки или максимальной физиологической гиперволемии) для повторного комплексного обследования матери и плода. Женщину госпитализируют в специализированное отделение экстрагенитальной патологии беременных, но не в кардиологическое или терапевтическое.

Предродовая госпитализация на 36—38-й неделе беременности.

Показаниями к urgentной госпитализации в любом сроке беременности являются: развитие или нарастание сердечной недостаточности; кровохарканье, сердечная астма, отек легких; появление или увеличение частоты нарушений ритма; стенокардия; тромбоэмболические осложнения; активация ревматизма и любые другие осложнения, ухудшающие состояние беременной.

Естественно, это касается и возникновения акушерских осложнений — позднего гестоза, угрозы выкидыша или преждевременных родов, гипоксии или задержки развития внутриутробного развития плода.

Итак, беременная обследована, для нормального вынашивания плода необходима коррекция состояния будущей матери. В I триместре беременности надо быть очень осторожным с выбором препаратов, так как в это время формируется эмбрион. В его развитии отмечается несколько критических

Таблиця 1. Риск ускладнень вагітності і пологів у жінок при захворюваннях серця [2]

Степень риска	Клинические проявления заболевания	Комментарии
Очень высокий (IV степень)	<ul style="list-style-type: none"> - Сердечная недостаточность II-Б и III стадии; - легочная гипертензия крайней степени (давление в легочной артерии превышает давление в системном кровотоке); - цианоз; - значительная систолическая дисфункция миокарда (ФВ < 40%); - расслаивающая аневризма аорты; - инфекционный эндокардит 	Высока вероятность материнской смертности. Показано прерывание беременности, как в ранние, так и в поздние сроки (в случае бактериального эндокардита — только после достижения клинического улучшения после интенсивной антибактериальной терапии)
Высокий (III степень)	<ul style="list-style-type: none"> - Сердечная недостаточность II-А стадии; - активность ревматизма II-III степени; - фибрилляция предсердий; - другие гемодинамически значимые нарушения ритма; - легочная гипертензия (давление в легочной артерии > 40 мм рт. ст., но не превышает давление в системном кровотоке); - значительная гипертрофия миокарда, гемодинамическая перегрузка; - выраженная дилатация; - синдром стенокардии; - обструкция выносящего тракта левого желудочка; - аневризма аорты; - необходимость постоянной антикоагулянтной терапии 	Протекание беременности сопровождается многочисленными осложнениями. Беременность противопоказана и во всех случаях должна быть прервана до 12 недель. Вопрос о позднем прерывании беременности решается индивидуально. Если характер заболевания допускает его хирургическое лечение во время беременности, операция на сердце является альтернативой прерыванию беременности
Умеренный (II степень)	<ul style="list-style-type: none"> - Сердечная недостаточность I стадии; - активность ревматизма минимальная (I степень); - давление в легочной артерии повышено незначительно (> 25 мм рт. ст., но < 40 мм рт. ст.); - начальная или умеренная гипертрофия миокарда; - начальная дилатация полостей 	Беременность допустима, хотя имеется определенный риск ухудшения состояния больной
Минимальный (I степень)	<ul style="list-style-type: none"> - Нет сердечной недостаточности; - неактивная фаза ревматизма; - нормальное давление в легочной артерии (< 25 мм рт. ст.); - гипертрофии и дилатации отделов сердца нет 	Беременность не противопоказана, вероятные осложнения не превышают таковые в популяции

периодов, когда внешние воздействия особенно легко вызывают изменения и нарушения морфогенеза, вследствие чего наступает гибель эмбриона или возникают аномалии его развития:

- имплантация (1—2-я неделя);
- плацентация (3—4-я неделя);
- органогенез (с 5-й недели).

Наиболее часто в период беременности у женщины повышается артериальное давление, так как кроме чисто гемодинамических изменений наблюдаются изменения концентрации глюкокортикоидов, альдостерона, вазопрессина, простагландинов различных классов, тромбксана, предсердного натрийуретического гормона и многих других гуморальных факторов.

Терапию необходимо начинать с лекарственных препаратов на основе трав. Беременным целесообразно рекомендовать такие седативные препараты как валерьяна и пустырник. Фенобарбитал, например, противопоказан, поскольку может вызывать пороки развития плода — недоразвитие конечностей, порок сердца, нарушение функции центральной нервной системы. Это касается и гипертензии, когда терапию необходимо начинать с седативных препаратов. Однако не всегда удается нормализовать показатели артериального давления только травами.

По литературным данным, из арсенала имеющихся гипотензивных препаратов во время беременности безопасны лишь некоторые из них,

включая метилдоп, гидралазин и в поздние сроки — блокаторы β -адренорецепторов [3].

Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о высоком риске развития патологии плода на фоне использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Имеются данные, свидетельствующие о возможной роли ангиотензина II в регуляции утероплацентарного кровообращения, вероятно, путем стимуляции сосудистой продукции вазодилатирующих простагландинов. Так, на фоне назначения ИАПФ возможно ослабление маточно-плацентарного кровотока. Ангиотензин II, кроме того, может участвовать в регуляции процессов роста плода, что обуславливает возможность еще одного патогенетического механизма влияния ИАПФ.

Высказывалось мнение, что фетальная токсичность не проявляется в случае ограничения использования ИАПФ периодом I триместра (пациентки принимали препарат до зачатия и на протяжении ранних сроков беременности). Но такое исследование проводили только относительно 19 больных. Логичнее предупреждать женщин детородного возраста о потенциальном риске приема ИАПФ и при возможности накануне планируемой беременности переводить их на лечение альтернативными гипотензивными средствами [3].

Когда гипертензивные нарушения у матери сопровождаются нарушениями кровообращения в плаценте, для лечения плацентарной недостаточности и угрозы прерывания беременности эффективен клофелин в сочетании с актовегином и антиагрегантами (курантил, пентилин). При угрозе развития позднего гестоза, а также у беременных группы высокого риска с артериальной гипертензией, возможно применение финоптоина и верапамила пролонгированного действия [4].

Безопасность использования β -адреноблокаторов при гестации и их роль в развитии акушерских, фетальных и неонатальных осложнений оценивают неоднозначно. Так, в некоторых сообщениях указывают, что применение β -адреноблокаторов может приводить к увеличению риска задержки внутриутробного развития плода, особенно при применении в I триместре беременности. Ряд авторов сообщают, что использование β -адреноблокаторов (чаще не кардиоселективных) в течение нескольких недель перед родами может увеличивать вероятность возникновения таких неблагоприятных эффектов, как брадикардию, гипогликемию и апноэ у новорожденных [7, 9].

При нарушениях ритма у беременных прежде всего необходимо устранить употребление никотина, кофеина, алкоголя, а также лекарственных препаратов, потенциально провоцирующих нарушения ритма (например, симпатомиметиков для интраназального использования) и провести коррекцию психоэмоциональных перегрузок (использование психотерапевтических и медикаментозных воздействий, направленных на уменьшение ощущений беспокойства, тревожности, страха). Лишь в случае неэффективности седативной тера-

пии и сохранении тягостных субъективных симптомов и/или риска возникновения гемодинамических нарушений следует считать оправданным назначение медикаментозной терапии. В единичных сообщениях отмечается, что β -адреноблокаторы (в большей степени липофильные, отличающиеся хорошим проникновением через гематоэнцефалический барьер) способны отчетливо уменьшать ощущение страха, тревожности и беспокойства у беременных с нарушениями ритма сердца (что может сочетаться с уменьшением степени выраженности аритмий либо представлять самостоятельный клинический эффект) [8, 10]. Имеются данные об успешном применении метопролола в сроки гестации (16—36 нед, при уменьшении дозы или отмене препарата в течение 2 нед до предполагаемого срока родов) для терапии суправентрикулярных нарушений ритма (суправентрикулярная экстрасистолия, синусовая тахикардия и атриовентрикулярная реципрокная тахикардия) [1].

Если возникает необходимость применения антибактериальных препаратов у беременных (при ревматизме и неревматических эндокардитах или миокардитах), то следует помнить, что есть ограничения по срокам. Так, в I триместре назначают полусинтетические пенициллины, во II и III возможно использование цефалоспоринов, аминогликозиды назначают только с 20-й недели беременности (табл. 2) [5].

Велики ограничения относительно нестероидных противовоспалительных препаратов. Принимать можно лишь некоторые из них и непродолжительно. Аспирин, например, не подходит для будущих мам. В I триместре беременности он увеличивает риск врожденных аномалий (порок сердца, диафрагмальная грыжа), а в III — может вызвать кровотечение у матери и новорожденного. Вместо аспирина лучше принимать в минимальных дозах парацетамол [9]. Привычные анальгетики на основе метамизола натрия также не для беременных. Кроме того, противопоказаны: амизон, ибупрофен, салициламид — в I триместре; целекоксиб, лизина ацетилсалицилат, диклофенак — в I и III триместрах — в III триместре; метамизол, индометацин — на протяжении всей беременности. Из антигистаминных препаратов можно применять только димедрол и с большой осторожностью клемастин, фексофенадин.

Большое значение особенно в случае «синих» пороков сердца имеет дефицит железа, что очень часто приводит к анемии. Железодефицитная анемия развивается у 40% будущих мам и даже при скрытом ее течении для 60% женщин есть риск самопроизвольного прерывания беременности, гипоксии плода и гестоза. Рекомендуемые для приема препараты железа — новые формы трехвалентного железа в виде полимальтозного комплекса (с 12—14-й недели в течение 4—6 мес).

При клинических проявлениях сердечной недостаточности беременной в первую очередь показан диетический режим с ограниченным употреблением соли и жидкости (до 2 л максимум). Показаны

Таблиця 2. Применение антибактериальных препаратов при беременности

Группа препаратов	Применение допустимо	Противопоказано
Амино-гликозиды	Нетилмицин, канамицин	Гентамицин, стрептомицин, декса-гентамицин, тобрамицин и все остальные препараты этой группы
Амфениколы	—	Хлорамфеникол (левомицетин)
Ансамицины	—	Рифабутин, рифампицин и все остальные препараты группы
Карбапенемы	—	Меропенем и все остальные препараты группы
Монобактамы	—	Азтреонам и все остальные препараты группы
Гликопептиды	Тейкопланин	Капреомицин, ванкомицин — в I триместре
Линкозамины	—	Клиндамицин, линкомицин
Макролиды и азалиды	Спирамицин, азитромицин	Кларитромицин — в I триместре, рокситромицин, эритромицин
Пенициллины	Ампициллин, пенамециллин, амоксициллин, бензатин-бензилпенициллин, клавуланат, пиперациллин, оксациллин, феноксиметилпенициллин, тикарциллин, азлоциллин, бензилпенициллин	Карбенициллин, сультамициллин
Тетрациклины	—	Тетрациклин, метациклин, доксициклин
Цефалоспорины	Цефалексин, цефамандол, цефепам, цефпирамид, цефпиром, цефтибутен, цефтризоксим, цефаклор, цефуросксим	Цефазолин, цефадроксил, цефалотин, цефапирин — в I триместре; цефиксим, цефодизим, цефоперазон, цефподоксим, цефрадин, цефтазидим, цефтриаксон
Фторхинолоны	Эноксацин	Офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин и все остальные препараты группы
Препараты разных групп	Фузафунгин (местно), грамицидин, фуразолидон	Циклосерин, сульфаметоксазол, триметоприм, сульфадиметоксин, метронидазол и тинидазол — в I триместре; мупирицин, нитроксалин, налидиксовая кислота, нитрофурантоин, ко-тримоксазол (в I и III триместрах)

растительные мочегонные средства: полевой хвощ, листья березы, спорыш, бруснично-клюквенный морс, петрушка и другие или небольшие дозы салуретиков. Для улучшения процессов микроциркуляции в почках назначают антиагреганты (дипиридамола, пентоксифиллин).

По показаниям возможно применение спазмолитиков (дротверин, папаверин, платифиллин) [6].

Достаточно часто беременность у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы сопровождается угрозой срыва или преждевременных родов. Ввиду того, что при тяжелой кардиологической патологии может задерживаться внутриут-

робное развитие плода, шансов на его выживание при рождении раньше, чем на 32-й неделе, очень немного. Только у крайне тяжелых пациенток, состояние которых прогрессивно ухудшается, и причиной этого ухудшения является сама беременность или ее осложнения (например, поздний гестоз), можно считать оправданным проведение преждевременного родоразрешения (до 37 недель). Во всех других случаях, когда вынашивание беременности не противопоказано, следует проводить адекватную терапию, направленную на сохранение беременности до физиологических сроков родоразрешения.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дядык А.И., Багрий А.Э., Хоменко М.В. и др. Использование метопролола в лечении суправентрикулярных нарушений ритма сердца при беременности // Укр. кардіол. журн.— 2004.— № 1.— С. 101—105.
2. Мегведь В.І. Хвороби серця у вагітних: кардіологічна та акушерська тактика // Лікування та діагностика.— 1998.— № 1.— С. 58—59.
3. Орест Ф., Роуз Б.Д. Ингибиторы АПФ и беременность // Новые медицинские технологии.— 2001.— № 5.— С. 33.
4. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. Учебное пособие. Санкт-Петербургский государственный университет, 2001.— С. 23.
5. Помогите рассеять сомнения // Мистер Блистер.— 2004.— № 10.— С. 16—18.
6. Туманова Л.Е., Рахубинская В.В., Погольский В.В., Дикусарова С.Р. Некоторые аспекты ведения беременных с заболеваниями почек // Мистецтво лікування.— 2004.— № 4.— С. 48—53.
7. Elrayam U. Pregnancy and cardiovascular disease // Heart Disease/E.Braunvald.— Philadelphia-Toronto: W.B. Saunders, 1997.— P. 1843—1864.
8. Frishman U., Chesner M. Use of beta-adrenergic blocking and management of maternal and fetal disease / Eds. U. Elkayam, N. Gleicher.— 2nd ed.— N.Y.: Alan R. Liss, Inc., 1990.— 351 p.
9. Joglar J.A., Page R.L. Treatment of cardiac arrhythmias during pregnancy: safety consideration // Drug Safety.— 1999.— N 1.— P. 85—94.
10. Tan H.L., Lie K.I. Treatment of tachyarrhythmias during pregnancy and lactation // Eur. Heart J.— 2001.— Vol. 22, N 6.— P. 458—464.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ

О.В. Ткаченко

У практичній діяльності кардіологи та лікарі загального профілю доволі часто стикаються з проблемами лікування кардіологічної патології (гіпертонічна хвороба, порушення ритму тощо) у вагітних. Які препарати можливо призначати в такому разі, щоб не зашкодити дитині? Цей огляд містить інформацію про потрібні методи обстеження вагітних з метою виявлення кардіологічної патології, вирішення щодо тактики ведення та припустимої терапії у таких пацієнток.

PECULIARITIES OF CARDIOLOGICAL PATHOLOGY TREATMENT IN PREGNANT WOMEN

O.V. Tkachenko

In the practical work of general practitioners or cardiologists frequently confronts with a problem of treatment of cardiological pathology (hypertension, arrhythmia, etc.) in pregnant women. What kind of medication is permissible prescribe in that case, so as not to harm the baby? This overview presents information about the appropriate methods for pregnant women examination with the purpose of cardiological pathology diagnostics, and decision making about approaches to management and permissible therapy of these patients.